



**Työterveyslaitos**

**Tietoa työstä**

# **Maatalousyrittäjillä alkaneet mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet**

**Teija Kivekäs  
Kirsi Ahola  
Matti Joensuu  
Pauliina Mattila-Holappa  
Jari Rechardt  
Helena Hermansson**



Työterveyslaitos

# **Maatalousyrittäjillä alkaneet mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet**

Teija Kivekäs, Kirsi Ahola, Matti Joensuu, Pauliina Mattila-Holappa,  
Jari Rechardt, Helena Hermansson

Työterveyslaitos, 2015

Työterveyslaitos

Mielenterveys ja kognitiivinen toimintakyky -tiimi

Työn ja työorganisaatioiden kehittäminen -osaamiskeskus

Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

Tietoa työstä -julkaisusarjassa julkaistaan tutkimusraportteja, koosteita ja selvityksiä Työterveyslaitoksen kaikilta tutkimusaloilta.

Kansi: Mainostoimisto Albert Hall Finland Oy Ltd

© 2015 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-436-0 (PDF)

Juvenes Print, Tampere 2015.

## TIIVISTELMÄ

Maatalouden nopean rakennemuutoksen ja Euroopan Unioniin liittymisen myötä suomalaisessa maataloudessa on tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosikymmeninä. Tilojen määrä on vähentynyt, tilakoko on kasvanut ja tuotanto tehostunut sekä koneellistunut. Tuoreen Työ ja terveys Suomessa 2012 -haastattelututkimuksen perusteella maatalousyrittäjistä työnsä henkisesti rasittavaksi koki 37 prosenttia. Osuus oli lisääntynyt vuodesta 2009, jolloin se oli 27 prosenttia. Työn henkisesti rasittavaksi kokeminen oli maatalousyrittäjillä yleisempää kuin työssä käyvillä keskimäärin.

Mielenterveyden häiriöt, erityisesti masennustilat, ovat yleisin työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena oleva sairausryhmä Suomessa. Vaikka masennusperusteisten eläkkeiden määrä on viime vuosina vähentynyt, masennus on edelleen yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeiden peruste. Maatalousyrittäjien mielenterveysperusteinen eläkealkavuus on muihin ammattiryhmiin verrattuna keskimääräistä pienempää ja se on vähentynyt 2000-luvulla huolimatta siitä, että työn henkisesti rasittavaksi kokeminen on lisääntynyt.

Toistaiseksi ei ole ollut riittävästi tietoa maatalousyrittäjien mielenterveysperusteisiin työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyvistä tekijöistä ja tuen tarpeista. Keskeistä on saada tietoa erityisesti niistä tekijöistä, joihin voidaan vaikuttaa ja joita voidaan muuttaa pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi.

Tutkimuksen tavoitteena oli

- kartoittaa mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työkyvyttömyyteen liittyviä taustatekijöitä ja
- suunnitella keinoja, joilla tunnistettaisiin ajoissa mielenterveysongelmista kärsivien maatalousyrittäjien hyvinvointia ja työkykyä uhkaavia tekijöitä ja joilla yrittäjiä ja heidän maatilansa työhyvinvointia voitaisiin ajoissa tukea.

Tutkimus tehtiin Työterveyslaitoksen ja Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) yhteistyönä. Asiakirja-aineistoon valittiin kaikki MYEL-vakuutetut, joille oli alkanut Melassa uusi työkyvyttömyyseläke mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön päädiagnoosilla ajalla 1.3.2011–29.2.2012 (F-diagnoosi, ICD-10), yhteensä 101 henkilöä.

Melan asiakirjatietoihin perustuen Työterveyslaitoksen tutkijat (Valviran rekisteröimiä terveydenhuollon ammattihenkilöitä) keräsivät tietoja mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työ- ja elämäntilanteesta ja niihin liittyneistä kuormitustekijöistä, sairaushistoriasta, lääketieteellisistä tutkimuksista, terveydenhuoltopalveluiden käytöstä, saadusta hoidosta ja kuntoutuksesta sekä muista tukimuodoista.

Yli puolessa tapauksista tärkein työkyvyttömyyseläkkeen perusteena oleva mielen-terveyden häiriö oli masennustila. Mielenterveyden häiriöiden lisäksi samanaikaisia työkykyyn vaikuttaneita somaattisia sairauksia esiintyi 60 prosentilla ja samanaikaisia muita mielenterveyden häiriöitä joka kolmannella vakuutetulla. Noin 40 prosenttia eläkkeelle siirtyneistä arvioi eläkettä hakiessaan kykenevänsä tekemään työtä jos-sain määrin ja joka viides voivansa palata täysipäiväiseen työhön. Työhön paluun mahdollisuuksia oli selvitetty useimmiten hoitavan lääkärin toimesta psykiatrisessa avohoidossa. Työterveyshuollossa työhön paluun mahdollisuuksia oli selvitetty vain joka kymmenennen vakuutetun osalta. Työeläkekuntoutuksen käyttö oli ollut vähäistä. Merkittävin vakuutettujen saama tukimuoto oli lomituspalvelu.

Maatalousyrittäjien pitkittyvän mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäise-miseksi tarvitaan työhyvinvointia tukevia ja ennaltaehkäiseviä keinoja mutta myös asianmukaista psyykkisten ja somaattisten sairauksien hoitoa sekä kuntoutusta.

Maatalousyrittäjille laaditun varhaisen välittämisen mallin levittämistä ja käyttöönot-toa on jatkettava. Malli tukee viljelijöiden työssä selviytymistä ja mahdollistaa avun saamisen ajoissa tilan toimintaa uhkaavissa ongelmissa.

Maatalousyrittäjien työkyvyn tukemiseksi tarvitaan myös toimivia yhteistyökäytäntöjä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja kun-toutuksen kesken. Tämä edellyttää maatalousyrittäjien työterveyshuoltopalveluiden kattavuuden lisäämistä ja työterveyshuollon koordinaatioroolin vahvistamista työkyvyn ja työhön paluun tukemisessa.

Osakuntoutustuen ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden käyttöä on myös lisättävä, jotta maatalousyrittäjien työssä jatkaminen mahdollistuu. Työhön paluuta voidaan tukea työeläkekuntoutuksen, erityisesti omassa työssä tapahtuvien työkokeilujen, ja lomi-tuspalveluiden käyttöä lisäämällä ja niiden sisältöä kehittämällä.

## SUMMARY

Due to rapid structural changes in agriculture, and Finland's membership of the European Union, the number of farms has decreased, the average agricultural area has grown, and the production process has become more efficient and manufactured. According to a recent national "Work and Health" study by the Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), in 2012, about 37 per cent of farmers in Finland felt stressed due to their work. This is higher than the average percentage among the working population. The percentage of stressed farmers has grown since 2009, when it was 27 per cent.

Mental disorders, particularly depressive disorders, are the most common cause of disability pensions in Finland. Even though the amount of depression-related pensions has decreased, depression is still the leading cause of disability pensions in Finland.

Compared to other occupational groups, the incidence of disability pensions due to mental disorders is lower than average among farmers, and has decreased during the 2000s even though the percentage of stressed farmers has grown.

So far, knowledge is lacking on factors associated with farmers' mental health-based disability and their needs for support. It is important to determine the factors that can be influenced and potentially changed, in order to prevent prolonged disability.

The aims of this study were

- 1) to determine the factors associated with farmers' disability due to mental and behavioural disorders
- 2) to plan means for the early recognition of factors that threaten farmers' well-being and work ability, and by which the well-being of entrepreneurs and their farms could receive support sufficiently early.

The study was carried out in co-operation between FIOH and the Farmer's Social Insurance Institution, Mela. The data included all persons insured under MYEL (Farmers' Pension Insurance) who had been granted a new disability pension by Mela due to mental and behavioral disorders between 1.3.2011 and 29.2.2012 (F-code, ICD-10). The data included 101 persons.

On the basis of Mela's records, FIOH researchers (health care professionals licenced by Valvira) collected data on farmers' work, life situations and related stress factors, mental health history, medical examinations, use of occupational and mental health services, medical treatment and vocational rehabilitation, and other means of support.

Among over half of the cases, the most significant cause of disability pension was depression. In addition to mental and behavioural disorders, comorbid somatic diseases affecting work ability existed among 60 per cent and comorbid mental disorders among one third of the cases. About 40 per cent of the farmers who had been granted a disability pension due to a mental disorder thought they would be able to work at least partially, and about one fifth felt they could return to full-time work in the future. The possibility of returning to work had most often been assessed in psychiatric community care. Occupational health services (OHS) had assessed the possibility of returning to work for only every tenth case. The use of vocational rehabilitation was rare. The most important support measure was farm relief services.

In order to prevent farmers' prolonged mental health-based work disability, measures to increase well-being at work, preventive activities, adequate treatment of mental and physical disorders, and rehabilitation are needed.

The spreading and use of early intervention schemes for safeguarding farmers' work ability and providing assistance in problematic situations that threaten their farm should be continued.

Seamless collaboration between OHS, primary health care, psychiatric care and rehabilitative services is also needed to support farmers' work ability and return to work. OHS should be used for this, and their co-ordinating role should be strengthened.

Partial disability pensions should also be increased, in order to promote the possibility of farmers with partial work ability to continue working. Return to work can be facilitated by increasing the use of and developing vocational rehabilitation – especially work trials – and farm relief services.

## ESIPUHE

Maatalousyrittäjien mielenterveyssystä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden taustatekijöistä ja mahdollisuuksista vaikuttaa niihin on tiedetty liian vähän. Jotta työkykyä tukevat toimenpiteet osattaisiin kohdentaa oikein, tarvitaan lisätietoa erityisesti tätä ammattiryhmää koskien ja laajemminkin kuin vain masennusperusteiseen työkyvyttömyyteen liittyen. On keskeistä saada tietoa kasautuuko mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden taustalle yhteisiä tekijöitä sekä arvioida, mihin tekijöihin pitkittyvän työkyvyttömyyden taustalla voitaisiin ennaltaehkäisevästi vaikuttaa.

Käsillä oleva maatalousyrittäjien mielenterveysperusteisia työkyvyttömyyseläkkeitä käsittelevä tutkimus suunniteltiin ja toteutettiin Työterveyslaitoksen ja Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) asiantuntijoiden yhteistyönä. Toivomme, että tutkimustietoa levitetään aktiivisesti ja hyödynnetään kehittämällä toimenpide-ehdotuksia maatalousyrittäjien työhyvinvoinnin edistämiseen, ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, työkyvyn tukeen, hoitoon ja kuntoutukseen sekä työurien pidentämiseen.

Kyseessä oli Työterveyslaitoksen ja Melan yhteisesti rahoittama hanke. Kiitokset hankkeen seurantar ryhmän jäsenille johtaja Antti Huhtamäelle, työturvallisuusagronomi Erik Lindroosille ja eläkeyksikön päällikkö Risto Syvälälle Maatalousyrittäjien eläkelaitoksesta ja teemajohtaja Päivi Husmanille Työterveyslaitokselta.

*Teija Kivekäs*

ylilääkäri, hankkeen vastuuhenkilö, Työterveyslaitos

*Kirsi Ahola*

tiimipäällikkö, Työterveyslaitos

*Matti Joensuu*

psykologi, Työterveyslaitos

*Pauliina Mattila-Holappa*

tutkija, Työterveyslaitos

*Jari Rechartt*

ylilääkäri, Maatalousyrittäjien eläkelaitos Mela

*Helena Hermansson*

kuntoutusasiantuntija, Maatalousyrittäjien eläkelaitos Mela



# SISÄLTÖ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>TIIVISTELMÄ .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>SUMMARY .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>ESIPUHE .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1 LÄHTÖKOHTA JA TAUSTA .....</b>  | <b>10</b> |
| 1.1 Maatalousyrittäjyyden muutokset Suomessa .....                               | 10        |
| 1.2 Maatalousyrittäjien työn henkinen rasittavuus ja työkyvyttömyyden riski..... | 11        |
| 1.3 Työurien pidentäminen ja pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisy .....          | 11        |
| 1.4 Mielenterveyden häiriöiden ja työkyvyn ennuste .....                         | 13        |
| 1.5 Ongelmat hoitoon hakeutumisessa ja palveluiden käytössä .....                | 14        |
| 1.6 Maatalousyrittäjien hyvinvoinnin tuki .....                                  | 15        |
| 1.7 Maatalousyrittäjien työterveyshuoltopalvelut .....                           | 16        |
| 1.8 Lomituspalvelut .....  | 18        |
| 1.9 Kuntoutus ja muu työkyvyn tuki .....   | 18        |
| <b>2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>3 TEHTÄVÄT JA MENETELMÄT.....</b>   | <b>22</b> |
| 3.1 Tutkimusaineisto .....   | 22        |
| 3.2 Tutkimuksessa kerätyt tiedot .....   | 22        |
| <b>4 TULOKSET .....</b>  | <b>25</b> |
| 4.1 Sukupuoli, ikä ja koulutusaste .....   | 25        |
| 4.2 Siviilisääty, asumis- ja perhetilanne.....                                   | 27        |
| 4.3 Asuinalue .....  | 28        |
| 4.4 Työtilanne .....   | 29        |
| 4.5 Tilan tuotanto ja liitännäistoiminta .....                                   | 29        |
| 4.6 Osallistuminen tilan töihin .....  | 31        |
| 4.7 Vieraan työvoiman käyttö tilalla .....                                       | 32        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.8      | Puolison tai muiden yli 14-vuotiaiden työskentely tilalla .....             | 32        |
| 4.9      | Tilakäynnit .....   | 33        |
| 4.10     | Oireilun alkamisikä ja sairauden kesto ennen eläketapahtumaa .....          | 33        |
| 4.11     | Sairaudesta aiheutuva haitta .....  | 35        |
| 4.12     | Eläkelaji .....   | 36        |
| 4.13     | Työkyvyttömyyseläkkeen liitteenä oleva B-lausunto .....                     | 37        |
| 4.14     | Pääasiallinen työkyvyttömyyden perusteena oleva mielenterveyden häiriö .... | 39        |
| 4.15     | Muut samanaikaiset työkykyyn vaikuttavat sairaudet .....                    | 40        |
| 4.16     | Kuormittavat elämäntapahtumat.....  | 41        |
| 4.17     | Ongelmallinen alkoholinkäyttö ja ajankohtaiset psyykkiset oireet.....       | 42        |
| 4.18     | Työterveyshuoltopalvelut.....   | 44        |
| 4.19     | Pääasiallinen hoitopaikka mielenterveyden häiriön suhteen .....             | 46        |
| 4.20     | Seurantakäynnit .....   | 47        |
| 4.21     | Psykoterapia ja muu psykoterapeuttinen hoito.....                           | 47        |
| 4.22     | Lääkehoito ja sähköhoito .....  | 48        |
| 4.23     | Psykiatriset sairaalahoitojaksot .....                                      | 49        |
| 4.24     | Saatu muu hoito .....   | 49        |
| 4.25     | Ammatillinen ja muu kuntoutus .....   | 50        |
| 4.26     | Hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen.....                                    | 53        |
| 4.27     | Psykologin ja toimintaterapeutin tutkimukset .....                          | 54        |
| 4.28     | Lomitus ja muut tukimuodot .....  | 54        |
| 4.29     | Työhön paluun mahdollisuudet.....   | 56        |
| <b>5</b> | <b>YHTEENVETO JA POHDINTA .....</b>   | <b>59</b> |
| 5.1      | Keskeiset tulokset .....  | 59        |
| 5.2      | Pohdinta ja johtopäätökset.....   | 64        |
| <b>6</b> | <b>KIRJALLISUUTTA.....</b>  | <b>74</b> |

# 1 LÄHTÖKOHTA JA TAUSTA

## 1.1 Maatalousyrittäjyyden muutokset Suomessa

Maatalouden nopean rakennemuutoksen ja Euroopan Unioniin liittymisen myötä suomalaisessa maataloudessa on tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosikymmeninä. Tilojen määrä on vähentynyt, tilakoko on kasvanut ja tuotanto tehostunut sekä koneellistunut.

Vuonna 1995 yli yhden hehtaarin suuruisia maatiloja oli Suomessa lähes 100 000. EU-jäsenyyden aikana tilojen määrä on laskenut niin, että vuonna 2000 se oli noin 80 000 ja vuonna 2012 noin 59 000 (Tike 2013).

Vuonna 2012 suomalaisilla maatiloilla keskimääräinen peltoala oli lähes 39 hehtaaria, kun vuonna 2000 vastaava luku oli 28 hehtaaria. Kahdella kolmasosalla maatiloista oli päätuotantosuuntana kasvintuotanto ja kolmanneksella kotieläintuotanto. Erityisesti lypsykarjataloutta harjoittavien tilojen määrä on vähentynyt. Suomalaisella lypsykarjatilalla oli vuonna 2012 keskimäärin 33 lehmää (Tike 2013).

Viljelijöiden ikärakenne on vanhentunut. Suomalaisia maatiloja viljeli vuonna 2011 keskimäärin 51-vuotias viljelijä. Peltopinta-alaltaan suurien tilojen viljelijät olivat keskimääräistä nuorempia (Tike 2012).

Maaseudun pienyritykset voidaan jakaa perustuotantotiloihin, monialaisiin tiloihin ja muihin maaseudun pienyrityksiin. Perustuotantotiloilla harjoitetaan maa- ja metsätaloutta. Monialaisilla maatiloilla harjoitetaan maa- ja metsätalouden lisäksi myös muun toimialan yritystoimintaa. Muita maaseutuyrityksiä ovat maaseudulla sijaitsevat yritykset, joilla ei ole maatilakytkeä (Niemi ja Ahlstedt 2013).

Maaseudulla arvioitiin vuonna 2010 olevan runsaat 140 000 pienyritystä, joista kolmannes oli perustuotantotiloja, 14 prosenttia monialaisia tiloja ja 53 prosenttia muita pienyrityksiä. Tiloja, jotka harjoittivat vuonna 2010 maatalouden ohella muuta yritystoimintaa oli 19 500 eli noin kolmannes kaikista suomalaisista tiloista oli monialaisia (Niemi ja Ahlstedt 2013).

## 1.2 Maatalousyrittäjien työn henkinen rasittavuus ja työkyvyttömyyden riski

Tuoreen Työ ja terveys Suomessa 2012 -haastattelututkimuksen perusteella runsas neljännes työssä olevista suomalaisista koki työnsä henkisesti rasittavaksi. Työn koettu henkinen rasittavuus oli koko väestössä 2000-luvulla hieman vähentynyt, mutta tällaista kehitystä ei näkynyt maatalousyrittäjien kohdalla (Kivekäs ja Ahola 2013).

Maatalousyrittäjistä työnsä henkisesti rasittavaksi kokevia oli Työ ja terveys Suomessa 2012 -tutkimuksessa peräti 37 prosenttia, kun se vuonna 2009 oli 27 prosenttia. Eniten työstään huonosti palautuvia oli myös maatalousyrittäjien joukossa (Kivekäs ja Ahola 2013).

Aikaisemmassa maanviljelijöitä koskevassa tutkimuksessa psykologisen stressin havaittiin lisäävän masennukseen, sydän- ja verisuonitauteihin sekä tuki- ja liikuntaelin-sairauksiin liittyvää työkyvyttömyyseläkeriskiä (Manninen ym. 1997).

Norjalaisessa tutkimuksessa suurin masennus- ja ahdistuneisuusriski todettiin miehillä, jotka olivat maataloustyöntekijöitä (Sanne ym. 2004). Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemmin Yhdysvalloissa vakavan masennuksen osalta (Roberts ja Lee 1993). Päihdehäiriöiden riski on todettu suurentuneeksi maataloudessa, kalastuksessa ja metsästyksessä sekä kuljetusalalla ja muissa työntekijäammateissa (Roberts ja Lee 1993, Kessler ja Frank 1997).

Suomessa ei ole väestötasolla tutkittu mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuutta tai esiintyvyyttä eri ammateissa. Mielenterveysperusteista eläkealkavuutta eri ammateissa on sen sijaan tutkittu ja maatalousyrittäjillä se on todettu keskimääräistä pienemmäksi (Pensola ja Gould 2009, Pensola ym. 2010).

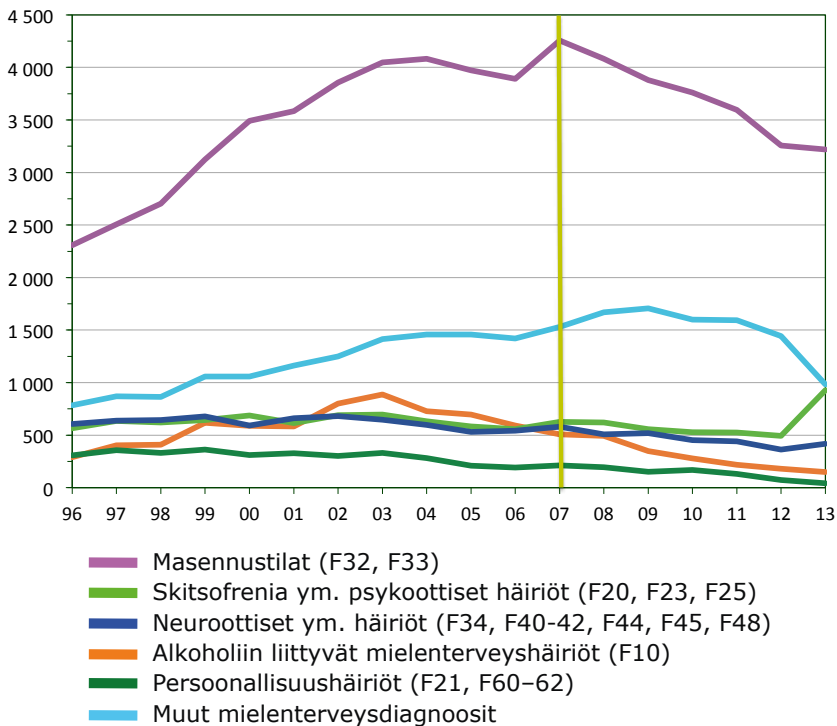
## 1.3 Työurien pidentäminen ja pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisy

Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita Suomessa (VNK 2011, STM 2013a, STM 2013b). Kaksi sairausryhmää kattaa valtaosan työkyvyttömyyseläkkeiden perusteina olevista sairauksista. Noin kolmasosalla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyjistä tärkeimpänä työkykyä heikentävänä sairautena on jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, toisella kolmanneksella jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö.

Vuonna 2012 työkyvyttömyyseläkkeellä oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi noin 113 500 suomalaista, mikä vastaa 46 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Samana vuonna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi kyseisen sairausryhmän vuoksi kaikkiaan 7200 henkilöä, heistä noin puolet masennuksen perusteella.

Yksittäisistä sairauksista yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste on masennustila. Masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähenemiseen on Suomessa tartuttu viime vuosina aktiivisesti muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) koordinoiman Masto-hankkeen (2008–2011) käynnistämien toimenpiteiden keinoin (STM 2011).

Pitkään jatkunut masennusperusteisten eläkkeiden kasvu onkin viime vuosina kääntynyt laskuun, selvimmin vanhimmissa ikäryhmissä (Honkonen ja Gould 2011). Työeläkejärjestelmästä uudelle masennusperusteiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi vuonna 2013 yhteensä 3220 henkilöä, kun vastaava luku vuonna 2007 oli noin 4300 (Kuva 1). Myönteisestä kehityksestä huolimatta masennustila on edelleen yleisin yksittäinen työkyvyttömyyden perusteena oleva sairaus sekä miehillä että naisilla Suomessa.



Kuva 1. Työeläkejärjestelmästä vuosina 1996–2013 mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneet (Lähde: ETK).

Mielenterveyden häiriöistä myös ahdistuneisuushäiriöt ja alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt aiheuttavat huomattavaa työ- ja toimintakyvyn heikentymistä maailmanlaajuisesti (Wittchen ym. 2011, Vos ym. 2012). Työikäisillä tavallisten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä alkoholiriippuvuuden aiheuttamat taloudelliset vaikutukset ovat myös suuria (Kessler 2012). Psykoottiset häiriöt, kuten skitsofrenia, ovat melko harvinaisia sairauksia. Koska niihin sairastutaan usein nuorella iällä, näiden häiriöiden vaikutukset työkykyyn voivat muodostua pitkäkestoisiksi (Miettunen ym. 2007, Kiviniemi ym. 2011, Kivekäs 2013).

## **Maatalousyrittäjien mielenterveysperusteiset eläkkeet**

Eläketurvakeskuksen tilastojen mukaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneiden MYEL-vakuutettujen määrä on vähentynyt 2000-luvulla. Vuonna 2013 uusia 25–62 -vuotiaiden MYEL-tökyvyttömyyseläkkeitä alkoi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella kaikkiaan 102, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 263. Tämä väheneminen selittyy osin samanaikaisesti tapahtuneella MYEL-vakuutettujen määrän merkittävällä vähenemisellä. MYEL-vakuutettujen uusien mielenterveysperusteisten eläkkeiden määrä suhteessa ei-eläkkeellä olevaan MYEL-vakuutettuun väestöön näyttää kuitenkin Eläketurvakeskuksen tilastojen mukaan myös vähentyneen vuosina 2000–2013.

## **1.4 Mielenterveyden häiriöiden ja työkyvyn ennuste**

Mielenterveyden häiriöt ovat usein luonteeltaan pitkäkestoisia ja toistuvia ja ne lisäävät työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riskiä (Riihimäki ym. 2011, Ahola ym. 2011). Monilla mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on samanaikaisia muita sairauksia. Samanaikaisilla mielenterveyshäiriöillä ja somaattisilla sairauksilla on todettu olevan kielteisiä vaikutuksia ennusteeseen (Melartin 2004, Ervasti ym. 2014).

Suomessa noin puolella 2000-luvun alkupuolella masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneistä oli jokin muu samanaikainen toimintakyvyn vaikuttava mielenterveyden häiriö ja 40 prosentilla samanaikainen somaattinen sairaus (Honkonen ym. 2007a).

Aholan ym. (2011) Terveys 2000 -väestöaineistoon perustuneessa tutkimuksessa mielenterveyshäiriöt ennustivat työkyvyttömyyttä; seitsemän vuoden seurannassa 6.7 prosenttia haastatelluista päätyi työkyvyttömyyseläkkeelle. Samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden lisäksi somaattiset sairaudet, yli 45 vuoden ikä, vähäinen koulutus, korkea työstressi ja aikaisempi pitkä sairauspoissaolo lisäsivät työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riskiä.

Tuoreessa Terveys 2000 -väestöaineistoon perustuneessa 9 vuoden seurantatutkimuksessa todettiin työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riskin nelinkertaistuneen henkilöillä, joilla oli samanaikainen tuki- ja liikuntaelinten sairaus ja mielenterveyden häiriö, kun heitä verrattiin sellaisiin, joilla ei näitä sairauksia ollut (Kaila-Kangas ym. 2014).

Masennuspotilaan työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä ennustavat tutkimusten mukaan masennusjakson kesto ja masennuksen vaikeusaste, samanaikaiset somaattiset ja muut psykiatriset sairaudet, korkeampi ikä sekä aiempi sairauslomalla olo. Myös toivottomuus, matala itsetunto, huono sosiaalinen toimintakyky ja koettu työkyky sekä ammatillisen koulutuksen vähäisyys ovat tutkimusten mukaan lisänneet riskiä jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (Rytsälä ym. 2007, Lagerveld ym. 2010, Holma ym. 2012). Työterveyshuollon kontaktin katkeamisen on myös todettu suurentavan pitkittyvän työkyvyttömyyden riskiä (Cornelius ym. 2011).

Työhön paluun todennäköisyys ja ajankohta mielenterveyssyistä johtuvan sairauspoissaolon yhteydessä vaihtelee. Vain puolet niistä, jotka ovat sairauslomalla yli puoli vuotta, palaa työhön (Blank ym. 2008). Tuoreen hollantilaistutkimuksen perusteella työhön paluu ja sen todennäköisyys vaihtelevat sairausryhmittäin; työhön paluu on myös yhteydessä sukupuoleen, ikään ja sosioekonomiseen asemaan (Roelen ym. 2012).

Nieuwenhuijsenin ym. (2008) Cochrane-katsauksessa selvitettiin masennuksesta kärsivien työkyvyn tukemiseen tähtäävien toimenpiteiden vaikuttavuutta ja todettiin, ettei lääkehoito yksinään eikä tehostettu hoito vähentänyt työkyvyttömyyttä. Toistaiseksi on vain vähän tutkimustietoa, voidaanko työhön kohdistuvilla toimenpiteillä nopeuttaa työhön paluuta mielenterveyssyistä johtuvalta sairauslomalta (Lagerveld ym. 2012, Hees ym. 2013).

## 1.5 Ongelmat hoitoon hakeutumisessa ja palveluiden käytössä

Suuri osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ei hakeudu lainkaan hoitoon. Hoitoa haetaan lähinnä vaikeimpiin, toimintakyvyttömyyttä aiheuttaviin sairauksiin (Hämäläinen ym. 2004, WHO 2004).

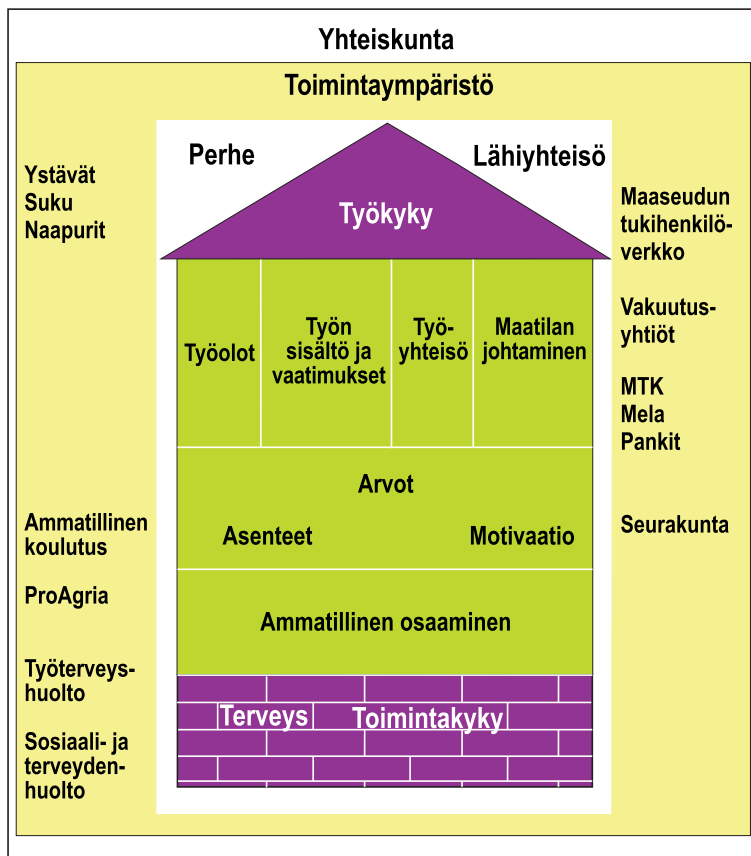
Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin vuosina 2000–2001 eri työmarkkinatilanteessa olleiden työikäisten (30 vuotta täyttäneiden) suomalaisten palveluiden käyttöä mielenterveysongelmiin liittyen (Honkonen ym. 2007b). Tutkimuksessa todettiin, että suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä työntekijöistä jäi vaille asianmukaista hoitoa.

Myös hoidon laatuun on liittynyt ongelmia. Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle mäsennustilan vuoksi siirtyneillä (Isometsä ym. 2000, Honkonen ym. 2007a) ja masennusperusteista eläkettä hakeneilla (Suominen ym. 2013) on todettu puutteita sekä lääkehoitoon että psykoterapian saantiin liittyen.

## 1.6 Maatalousyrittäjien hyvinvoinnin tuki

Maatalousyrittäjien työkyky muodostuu useista osa-alueista. Siihen kuuluvat 1) terveys ja toimintakyky, 2) ammatillinen osaaminen, 3) arvot, asenteet ja motivaatio sekä 4) työ, työolot ja johtaminen (Kuva 2).

### Maatalousyrittäjän TYÖKYKY



Kuva 2. Maatalousyrittäjän työkyky (Lähde: Työterveyslaitos, MTK, Mela).





Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) hoitama sosiaaliturva takaa maatalousyrittäjälle sairauden tai tapaturman sattuesssa hoidon, kuntoutuksen, toimeentulon sekä yritystoiminnan jatkumisen. MYEL-vakuutus on useimmille maatalousyrittäjille pakollinen. Jos yrittäjä ei kuulu pakolliseen vakuutukseen, hän voi ottaa vakuutuksen vapaaehtoisena.

Työikäinen maatalousyrittäjä saa MYEListä tapaturmaturvan ja oikeuden Mela-sairauspäivärahaan. Jos yrittäjä menettää työkykynsä, hän saa kuntoutustuen tai työkyvyttömyyseläkkeen.

MYEL-vakuutetulla maatalousyrittäjällä on oikeus myös lomituspalveluihin. Lomitusjärjestelmä mahdollistaa irtautumisen sitovasta työstä. Työturvallisuustyö ohjaa turvallisiin ja terveellisiin työtapoihin.

Melan laatima vuoteen 2025 asti jatkuva työhyvinvointiohjelma sisältää konkreettisia keinoja hyvinvoinnin edistämiseen. Työhyvinvointiohjelmassa toisiinsa nivoutuvia osa-alueita ovat

- maatalousyrittäjien työterveyshuolto
- lomituspalvelut
- kuntoutus sekä
- työturvallisuuden ja työssä jaksamisen asiantuntijapalvelut.

## 1.7 Maatalousyrittäjien työterveyshuoltopalvelut

Maatalousyrittäjien työterveyshuollon tehtävänä on huolehtia työ- ja toimintakyvyn sekä terveyden edistämisestä ja tukemisesta työvuosien aikana. Työterveyshuollon palveluiden käyttö ehkäisee terveysvaaroja ja tukee työssä jaksamista tilakäyntien, terveystarkastusten sekä ohjauksen ja neuvonnan avulla. Työterveyspainotteinen sairaanhoito mahdollistaa hoidollisia toimia ja tukee kuntoutukseen ohjaamista. Työterveyshuollon työterveyspainotteisessa sairaanhoidossa voidaan havaita myös työpaikan muutostarpeet.

Maatalousyrittäjä voi hankkia työterveyshuoltopalvelut tekemällä työterveyshuoltosopimuksen kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämän terveyskeskuksen kanssa tai työterveyshuoltolain (1383/2001) 7§:n 1 momentin 2 ja 3 kohdassa tarkoitetun työterveyshuollon palvelujen tuottajan kanssa. Työterveyshuoltolaissa maatalousyrittäjällä tarkoitetaan maatalousyrittäjän eläkelain (1280/2006); MYEL) mukaan vakuutettua maatilatalouden harjoittajaa, kalastajaa ja poronhoitajaa. Maatalousyrittäjän työterveyshuoltoon kuuluu työterveyshuoltolain 12§:n mukainen ennaltaehkäisevä toiminta sekä työterveyshuoltolain 14§:n mukainen sairaanhoito ja muu terveydenhuolto.

Työterveyshuoltosopimus tehdään jokaisen työterveyshuoltoon liittyvän yrittäjän kanssa mutta toimintasuunnitelma voi olla tilakohtainen.

Vuoden 2013 lopussa Melan tilastoissa oli noin 70 500 MYEL-vakuutettua maatalousyrittäjää. Melan pitämän maatalousyrittäjien työterveyshuollon tilakäyntirekisterin mukaan vuoden 2012 alussa työterveyshuoltoon kuului 29 900 maatalousyrittäjää eli noin 39 prosenttia kaikista MYEL-vakuutetuista maatalousyrittäjistä. Kotieläintilalliset, nuoret yrittäjät ja isojen maatilojen yrittäjät olivat hankkineet työterveyspalvelut muita yrittäjiä kattavammin.

Viimeisten 15 vuoden aikana MYEL-vakuutettujen voimakkaan vähenemisen myötä työterveyshuollon piirissä olevien maatalousyrittäjien määrä on vähentynyt. Maatalousyrittäjien työterveyshuollon kattavuuden kannalta haasteena ovat sivutoimiset MYEL-vakuutetut – usein kasvinviljelijät – joista useimmat saavat työterveyspalvelut päätoimensa työnantajan järjestämänä ja jotka eivät siksi koe tarvetta ostaa maatalousyrittäjän työterveyshuoltopalveluja. Työterveyslaitoksen kyselytutkimusten mukaan päätoimisten maatalousyrittäjien työterveyshuollon kattavuus on noin 55 prosenttia (STM 2013a).

*Asiakaslähtöisyys* määritellään valtioneuvoston asetuksessa (708/2013) keskeiseksi hyvän työterveyshuoltokäytännön toimintaperiaatteeksi (Laaksonen ym. 2014). Työterveyshuollon toiminnan pohjana on *toimintasuunnitelma*, joka tehdään muutamaksi vuodeksi eteenpäin mutta päivitetään vuosittain (Kinnunen ym. 2007).

*Tilakäynti* on maatalousyrittäjien työterveyshuollon toiminnan perusta ja se tehdään jokaiselle uudelle työterveyshuoltopalvelut ostavalle tilalle. Jatkossa tilakäynti tehdään tarpeen mukaan esimerkiksi työolojen muuttuessa mutta hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti vähintään neljän vuoden välein.

Tilakäynnin tekevät yleensä työterveyshoitaja ja maatalouden asiantuntija. Lisäksi tilakäynnille voivat tarvittaessa osallistua työterveyslääkäri ja työfysioterapeutti. Maatalouden asiantuntijan tehtävänä on auttaa tuotantoon ja tuotantomenetelmiin liittyvissä asioissa mukaan lukien taloudelliset kysymykset.

Tilakäynneillä ja maatalousyrittäjää haastatteleamalla työterveyshuolto tutustuu työoloihin, arvioi työn kuormittavuutta, tapaturmariskejä ja työympäristön altisteita. Tilakäynneillä annetaan ohjeita ja neuvoja, miten maatalousyrittäjä voi vaikuttaa työn terveellisyteen ja turvallisuuteen.

*Terveystarkastukset* tehdään 1–2 vuoden välein. Työterveyshoitaja tekee terveyden peruskartoituksen ja ohjaa tarpeen mukaan työterveyslääkärille, jos on työperäiseen sairauteen viittaavia oireita, työkykyyn vaikuttavia sairauksia, erityinen sairastumisen vaara työssä tai tarvetta kuntoutusarvioon.

*Työlohaastattelu* tehdään vuosittain toimintasuunnitelmaa päivitettäessä tai terveys-tarkastuksen yhteydessä.

## 1.8 Lomituspalvelut

Kotieläintuotannon harjoittajat ovat sidoksissa työhönsä kaikkina viikon päivinä ympäri vuoden. Maataloustyön henkinen ja fyysinen kuormittavuus on viime vuosina kasvanut maataloudessa tapahtuneiden muutosten seurauksena, minkä vuoksi lomitustarpeet ovat lisääntyneet.

Maatalouslomitusta on toteutettu lakisääteisenä palveluna vuodesta 1974 alkaen. Vastuu lomituspalvelujen toimeenpanosta on Melalla. Nykyinen maatalousyrittäjien lomituspalvelulaki (1231/1996) ja asetus (1333/1996) ovat olleet voimassa vuoden 1997 alusta saakka. Laissa tarkoitettuja lomituspalveluetauksia ovat maatalousyrittäjän oikeus vuosilomaan ja sijaisapuun sekä mahdollisuus käyttää maksullista lomittaja-apua tuettuun hintaan. Maatalouslomituspalveluja voivat käyttää pakollisesti MYEL-vakuutetut maatalousyrittäjät.

*Oikeus vuosilomaan* on päätoimisilla kotieläintuotannon harjoittajilla. Vuosiloman määrä on 26 päivää vuodessa. Vuosilomaan oikeutettuja maatalousyrittäjiä oli vuonna 2013 yhteensä noin 22 000 ja lomitettuja vuosilomapäiviä noin 560 000. Vuonna 2013 vuosilomapäivien määrä käyttäjää kohden oli keskimäärin 25,6.

*Oikeus sijaisapuun* on kotieläintaloutta tai kasvinviljelyä harjoittavalla maatalousyrittäjällä, joka on tilapäisesti estynyt huolehtimasta yrityksen hoitoon kuuluvista välttämättömistä tehtävistään. Sijaisavun perusteita ovat muun muassa sairauden tai tapaturman aiheuttama työkyvyttömyys, lääkärin määräämä tai lakiin perustuva kuntoutus ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Sijaisavun käyttäjiä oli vuonna 2013 yhteensä noin 8900 ja sijaisapupäiviä noin 399 000.

## 1.9 Kuntoutus ja muu työkyvyn tuki

### Kuntoutus

Kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen henkilön toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutusta järjestävät maatalousyrittäjille pääasiassa Mela, Kela ja liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöt sekä terveyskeskukset.

Mela kustantaa kuntoutusta sekä maatalousyrittäjän eläkelain (MYEL-kuntoutus) että maatalousyrittäjien tapaturmalakien (MATA-kuntoutus) perusteella. *MYEL-kuntoutusta* voi saada, jos yrittäjän työkyky on uhattuna sairauden, vian tai vamman vuoksi. *MATA-kuntoutusta* annetaan vain tapaturmavamman tai ammattitautiin sairastumisen perusteella. MATA-kuntoutus on sekä ammatillista että lääkinnällistä, MYEL-kuntoutus vain ammatillista.

Maatalousyrittäjän MYEL-kuntoutus on työeläkelakien mukaista ammatillista kuntoutusta. Työeläkekuntoutuksen edellytyksenä on, että lähivuosina on olemassa sairaudesta, viasta tai vammasta johtuva työkyvyttömyyden uhka ja että uhkaan voidaan vaikuttaa tai se voidaan poistaa kokonaan.

MYEL-kuntoutuksen keinoja ovat

- elinkeinotuki työtä helpottaviin koneisiin tai laitteisiin, uuden yritystoiminnan aloittamiseen tai tuotantosuunnan muuttamiseen
- työhön tai ammattiin johtava koulutus
- työkokeilu
- työhön valmennus

Työeläkekuntoutuksen tarkoitus on mahdollistaa työelämässä jatkaminen sairaudesta huolimatta. Työeläkekuntoutukseen liittyy tarkoituksenmukaisuusharkinta eli sen arviointi, pystytäänkö kuntoutuksen avulla poistamaan tai myöhentämään työkyvyttömyyden uhkaa ja siten säästää eläkemenoja.

Ammatillista kuntoutusta voidaan myöntää myös eläkkeensaajalle, jos se mahdollistaa työhön paluun. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella tehdyt ammatillisen kuntoutuksen päätökset Melassa ovat olleet vähäisiä. Vuosina 2000–2013 niitä on tehty vuosittain alle 10 (Lähde: Melan tilastot).

Kela järjestää *vaikeavammaisille lääkinnällistä kuntoutusta ja vajaakuntoisille ammatillista kuntoutusta*. Kela korvaa lisäksi lääkinnällisenä kuntoutuksena *kuntoutuspsykoterapiaa* 16–67 -vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi.

Kelasta voi saada myös harkinnanvaraista kuntoutusta. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen tärkeimpänä tavoitteena on tukea kuntoutujien työ-, opiskelu- ja toimintakykyä.

Kelan työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus, *TYK-kuntoutus*, on tarkoitettu henkilöille, joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet ja joilla on työkyvyttömyyden uhka lähivuosina.

*ASLAK-kuntoutus* on työikäisille tarkoitettua ammatillisesti syvennettyä lääkinnällistä ja harkinnanvaraista kuntoutusta. Sen tarkoitus on kohentaa työ- ja toimintakykyä sekä elämänhallintaa. Kela järjestää lääkinnällisenä kuntoutuksena *sairausryhmäkohtaisia kuntoutuskursseja* muun muassa masennusta sairastaville.

Kelan kuntoutusrahaa voi saada myös työterveyshuoltolain perusteella myönnetyn ns. kuntoremonttikurssin ajalta. Kuntoremonttikurssitoiminta on varhaisvaiheen kuntoutusta. Se on tarkoitettu niiden henkilöiden työkyvyn tukemiseen, joilla on työterveyshuollossa huomattu tarve kuntoutukseen alentuneen työkyvyn takia.

## **Muu työkyvyn tuki**

Ammatillisiin ongelmiin saa apua neuvontajärjestöiltä kuten ProAgrialta, teurastamoista ja meijereistä. *Voimavarariihi* on *ProAgrian neuvontapalvelu*. Palvelussa tarkastellaan maatilayrityksen toimintaa, suunnittelua ja kehittämistä yrittäjän työhyvinvoinnin näkökulmasta. Voimavarariihi-palvelu sopii toiminnan suunnitteluun muutostilanteessa, kuten sukupolvenvaihdon, tuotannon muutoksen, laajentamisen tai tuotannosta luopumisen yhteydessä. MTK on puolestaan mukana kehittämässä *Maaseudun tuki-henkilöverkon* toimintaa ([www.tukihenkilo.fi](http://www.tukihenkilo.fi)).



## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen päätavoitteena oli tuottaa tutkimusnäyttöön perustuvia ehdotuksia maatalousyrittäjien työkyvyn tukemiseksi.

Tutkimuksen osatavoitteena oli

- kartoittaa mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työkyvyttömyyteen liittyviä tekijöitä ja
- suunnitella keinoja, joilla tunnistettaisiin ajoissa mielenterveysongelmista kärsivien maatalousyrittäjien hyvinvointia ja työkykyä uhkaavia tekijöitä ja joilla yrittäjiä ja heidän maatilansa työhyvinvointia voitaisiin ajoissa tukea.

Tavoitteiden saavuttamiseksi tutkimuksessa kerättiin Melan asiakirjatietoihin perustuen tietoja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työ- ja elämäntilanteesta ja niihin liittyneistä kuormitustekijöistä, sairaushistoriasta, lääketieteellisistä tutkimuksista (mm. diagnosit, tutkimuslöydökset), terveydenhuoltopalveluiden käytöstä, saadusta hoidosta, kuntoutuksesta sekä muista tukimuodoista.

## 3 TEHTÄVÄT JA MENETELMÄT

Tutkimus suunniteltiin Työterveyslaitoksen ja Melan asiantuntijoiden yhteistyönä. Melan asiantuntijat selvittivät mielenterveysperusteiset eläketapaukset vuosilta 2011–2012, jonka jälkeen Melan ja Työterveyslaitoksen asiantuntijat valitsivat tutkimuksen kohdejoukon.

### 3.1 Tutkimusaineisto

Maatalousyrittäjän eläkelain (MYEL) mukainen vakuutus on viljelijöiden, metsänomistajien, kalastajien ja poronhoitajien sekä heidän perheenjäsentensä työeläkevakuutus. Myös apurahansaaajat kuuluvat MYELin mukaisen työeläketurvan piiriin.

Työikäinen maatalousyrittäjä saa MYEListä oikeuden Mela-sairauspäivärahaan. Jos yrittäjä menettää työkykynsä, hän saa kuntoutustuen tai työkyvyttömyyseläkkeen.

Tutkimusaineistoon valittiin apurahansaaajia lukuunottamatta kaikki Suomessa asuvat MYEL-vakuutetut henkilöt, joille oli alkanut Melassa uusi työkyvyttömyyseläke mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriön päädiagnoosilla (F-diagnoosi, ICD-10) ajanjaksolla 1.3.2011–29.2.2012.

Uudelle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneeksi katsottiin henkilö, jolle oli alkanut kuntoutustuki (täysi tai osakuntoutustuki) tai toistaiseksi myönnetty työkyvyttömyyseläke (täysi tai osaeläke) ja joka ei ollut kahtena edeltävänä vuotena saanut mitään työkyvyttömyyseläkettä.

Kaikkiaan tutkimukseen valikoitui edellä mainituilla kriteereillä 101 MYEL-vakuutettua henkilöä. Heistä yhden asiakirjatietoja ei ollut käytettävissä, joten lopulliseen aineistoon jäi kaikkiaan 100 henkilöä. Jatkossa MYEL-vakuutettuja kutsutaan ”vakuutetuiksi”.

Aineistoon kuuluvien vakuutettujen MYEL-vakuutuksen kesto oli ollut keskimäärin 24.0 vuotta (keskihajonta 9.2 vuotta, vaihteluväli 2–40).

### 3.2 Tutkimuksessa kerätyt tiedot

Tutkimuksessa kerättiin asiakirja-aineisto, joka perustui Melan vakuutusrekisteriin, asiakirjatietoihin, työkyvyttömyyseläkehakemuksiin, maatalousyrittäjien selvityksiin sekä eläkehakemuksiin liittyviin B-lausuntoihin liitteineen.

Työterveyslaitoksen tutkijat (MJ, PM-H), jotka ovat Valviran rekisteröimiä terveydenhuollon ammattihenkilöitä, keräsivät Melassa tutkittavia koskevat asiakirjatiedot ja siirsivät ne tutkimuslomakkeille ilman henkilötietoja.

## Melan vakuutusrekisteri ja muut asiakirjat

Melan vakuutusrekisteristä kerättiin tieto MYEL-vakuutuksen alkamisajankohdasta. Melan asiakirjatiedoista kerättiin lisäksi tieto eläkelajista ja työkyvyttömyyseläkepahtuman ajankohdasta.

## Työkyvyttömyyseläkehakemus

Työkyvyttömyyseläkkeen hakulomakkeessa hakijalta kysytään tietoja muun muassa koulutuksesta, työstä, sairauksista, niiden hoidosta ja kuntoutuksesta.

Työkyvyttömyyseläkehakemuksesta kerättiin muun muassa seuraavat vakuutetun taustatiedot: ikä, sukupuoli, postinumeron ensimmäinen numero, koulutus, työtilanne ja -historia, sairauden ja työkyvyttömyyden alkamisajankohta, sairauden aiheuttama haitta, työterveyshuollon järjestämispaikka, muut hoitopaikat, saatu hoito ja kuntoutus, työhön paluun mahdollisuudet ja niiden selvittely sekä käsitys työhön paluun edistämiskeinoista.

## Maatalousyrittäjän selvitys

Maatalousyrittäjän selvityksessä hakijalta kysytään tietoja tilan tuotannosta ja toiminnasta, tilalla käytetystä työvoimasta ja työterveyshuollosta. Maatalousyrittäjän selvityksen olivat täyttäneet vain ne vakuutetut, joilla oli maatalousyritys eläkkeen hakemisen ajankohtana, kaikkiaan 75 henkilöä.

Maatalousyrittäjän selvityksestä kerättiin muun muassa tilan tuotantoa, tuotantoeläimiä, tilan toimintaa, liitännäistoimintaa, tilalla käytettyä vierasta työvoimaa, puolison työskentelyä, muita tilalla työskenteleviä koskevat tiedot sekä tilakäyntejä koskevat tiedot.

## B-lausunto liitteineen

B-lausunto on hoitavan tai työkyvyn arvioinnin tehneen lääkärin laatima lausunto, jossa kuvataan hakijan sairautta ja sen kehittymistä, sairauteen saatua hoitoa ja kuntoutusta, kuntoutustarpeita ja jatkosuunnitelmia.

B-lausunnoista liitteineen kerättiin muun muassa tiedot viimeisimmän B-lausunnon kirjoittaneen lääkärin toimipaikasta ja erikoisalasta sekä hoitavana lääkärinä toimimisesta, vakuutetun perhe- ja asumistilanteesta, työn ja muun elämän kuormitustekijöistä, sairaushistoriasta, lääketieteellisistä tutkimuksista (mm. diagnoosit, tutkimuslöydökset), päihteiden käytöstä, oireilusta, terveydenhuoltopalveluiden käytöstä, saadusta hoidosta (mm. psykoterapia, lääkehoito), kuntoutuksesta (mm. ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteet) sekä muista tukimuodoista (mm. lomitus- ja neuvontapalvelut).



## Aineiston luotettavuus

Kaikki tutkimuksessa kerätyt tiedot kerättiin asiakirjoista, jotka liittyivät työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen. Tämä on tarpeen huomioda tulosten tulkinnassa. Esimerkiksi lääkärinlausunnoissa on aiempien tutkimusten perusteella todettu vaihtelua laadun ja kattavuuden osalta. Siten se, että esimerkiksi jotain hoitotoimenpidettä tai muuta tietoa ei ole asiakirjoissa kuvattu ei tarkoita välttämättä, että sitä ei olisi toteutettu tai sitä ei ole olemassa.

Asiakirjatiedot keräsi tutkimusryhmän kaksi psykologia (MJ, PM-H). Osan tiedoista kävi lisäksi läpi psykiatrian erikoislääkäri (TK). Tietojen keräämiseen käytettiin etukäteen tehtyä muuttujalistaa ja sen tarkkoja luokitteluohjeita. Epäselvissä tilanteissa tiedot ja niiden luokittelu käytiin läpi yhdessä.

## 4 TULOKSET

Tulokset kuvataan tässä tutkimuksessa pääsääntöisesti vakuutettujen *työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olleen mielenterveyden häiriön mukaan* kahteen ryhmään jaoteltuna. Ensimmäisen ryhmän muodostavat masennustilan (F32-F33) vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet (n=56) ja toisen ryhmän jonkun muun mielenterveyden häiriön (F00-F31, F34-F99) perusteella eläkkeelle siirtyneet (n=44).

Osa erityisesti hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä tuloksista kuvataan lisäksi *työterveyshuollon palveluiden käytön tai eläkelajin mukaan* jaoteltuna. Työterveyshuoltoryhmään kuuluvaksi on tässä tutkimuksessa määritelty ne, jotka raportoivat eläkehakemuksessaan työterveyshuollon järjestämispaikan (n=46) ja työterveyshuollon palveluiden ulkopuolella oleviksi ne, joiden kohdalla ei työterveyshuollon järjestämispaikkaa ole raportoitu (n=54). Eläkelajin mukaan ryhmät on jaoteltu kuntoutustuelle siirtyneiksi (n=68) tai toistaiseksi voimassa olevalle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiksi (n=32).

Mikäli ryhmien välillä raportoidaan olevan eroja, nämä erot ovat tilastollisesti merkitseviä, ellei toisin todeta.

### 4.1 Sukupuoli, ikä ja koulutusaste

#### Sukupuoli ja ikä

Tutkimusaineistoon kuuluneista sadasta vakuutetusta runsas puolet oli miehiä. Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä miehiä oli merkittävästi vähemmän kuin muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä (48 % vs. 68 %). (Taulukko 4.1)

Vakuutettujen keski-ikä oli työkyvyttömyyseläkkeelle siirryttäessä 50.6 vuotta (keskihajonta 7.9 vuotta, vaihteluväli 25–62 vuotta). Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä lähes puolet kuului vanhimpaan, yli 55 -vuotiaiden ikäryhmään. Muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä lähes puolet kuului 45–54 -vuotiaiden ikäryhmään. (Taulukko 4.1.)

## Koulutusaste

Valtaosa vakuutetuista oli suorittanut perus- tai keskiasteen koulutuksen (peruskoulu, 1–3 vuotinen ammatillinen tutkinto tai ammatillinen perustutkinto). Korkea-asteen koulutus oli kaikkiaan 18 prosentilla; alimman korkea-asteen koulutuksen (ammatillinen opisto) oli suorittanut 13 prosenttia ja alempi (AMK) tai ylempi korkeakoulututkinto oli yhteensä viidellä prosentilla. (Taulukko 4.1)

*Taulukko 4.1. Sukupuoli, ikä ja koulutusaste työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| <b>Naisten osuus</b>                     | 52 %                | 32 %  | 43 %          |
| <b>Ikäryhmä</b>                          |                     |   |               |
| 25–44 vuotta                             | 20 %                | 16 %  | 18 %          |
| 45–54 vuotta                             | 32 %                | 48 %  | 39 %          |
| 55–65 vuotta                             | 48 %                | 36 %  | 43 %          |
| Keski-ikä (keskiarvo)                    | 51 %                | 49 %  | 51 %          |
| <b>Peruskoulutus</b>                     |                     |   |               |
| Peruskoulu                               | 84 %                | 86 %  | 85 %          |
| Ylioppilastutkinto                       | 12 %                | 14 %  | 13 %          |
| Ei peruskoulua                           | 2 %                 | 0 %   | 1 %           |
| Ei tietoa                                | 2 %                 | 0 %   | 1 %           |
| <b>Ammattikoulutus</b>                   |                     |   |               |
| Ammatillinen<br>kurssi/työpaikkakoulutus | 11 %                | 7 %   | 9 %           |
| Ammattikoulut                            | 43 %                | 48 %  | 45 %          |
| Ammatillinen opisto                      | 16 %                | 9 %   | 13 %          |
| Ammattikorkeakoulu                       | 4 %                 | 5 %   | 4 %           |
| Korkeakoulututkinto                      | 0 %                 | 2 %   | 1 %           |
| Ei mitään ammattikoulutusta              | 21 %                | 23 %  | 22 %          |
| Ei tietoa                                | 5 %                 | 7 %   | 6 %           |

## 4.2 Siviilisäätö, asumis- ja perhetilanne

Vakuutetuista 60 prosenttia oli avio- tai avoliitossa. Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä merkittävästi suurempi osa oli avio- tai avoliitossa kuin muiden mielen- terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä (71 % vs. 46 %). Lapsia oli kahdella kolmasosalla vakuutetuista ja 16 prosentin kohdalla tilalla asui useampi kuin kaksi sukupolvea. (Taulukko 4.2.)

*Taulukko 4.2. Siviilisäätö ja perhetilanne työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielen-terveyden häiriöryhmän mukaan.*

|   | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|---|---------------------|---|---------------|
|   | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| <b>Siviilisäätö</b>                                       |                     |   |               |
| Avoliitto tai avoliitto                                   | 71 %                | 46 %  | 60 %          |
| Naimaton  | 14 %                | 36 %  | 24 %          |
| Eronnut   | 11 %                | 11 %  | 11 %          |
| Leski   | 4 %                 | 2 %   | 3 %           |
| Ei tietoa   | 0 %                 | 5 %   | 2 %           |
| <b>Lapsia</b>   |                     |   |               |
| Kyllä   | 73 %                | 54 %  | 65 %          |
| Ei  | 14 %                | 39 %  | 25 %          |
| Ei tietoa   | 13 %                | 7 %   | 10 %          |
| <b>Useampi kuin kaksi<br/>sukupolvea asuu<br/>tilalla</b> |                     |   |               |
| Kyllä   | 11 %                | 23 %  | 16 %          |
| Ei  | 79 %                | 70 %  | 75 %          |
| Ei tietoa   | 11 %                | 7 %   | 9 %           |

## 4.3 Asuinalue

Suomi on jaettu viisinumeroisiin postinumeroalueisiin, joissa kukin postinumero kattaa yhtenäisen maantieteellisen alueen. Postinumeron kaksi ensimmäistä numeroa määrittelevät, millä alueella postinumeron mukainen paikkakunta sijaitsee. Postinumeroalueen rajat eivät ole samat kuin kuntarajat sillä sama postinumero voi jakaantua esimerkiksi kahden tai useamman kunnan alueelle.

Tutkimusaineiston pienestä koosta johtuen tässä tutkimuksessa postinumeroalue kirjattiin tietosuojasyistä vain ensimmäisen numeron tarkkuudella. Valtaosa vakuutetuista oli yllä kuvatulla tavalla selvitettyä kotoisin Pohjanmaalta, Savosta, Pohjois-Karjalasta tai Pirkanmaalta. Helsingin, Hämeenlinnan ja Lahden seudulla tai Turun ja Porin seudulla vakuutetuista asui yhteensä vain 10 prosenttia vakuutetuista. (Taulukko 4.3.)

*Taulukko 4.3. Postinumeroalueet (ensimmäinen numero) työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Postinumero                             | Masennustila<br>n=56 | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö<br>n=44 | Kaikki<br>n=100 |
|---|----------------------|--|-----------------|
| 0–1: Helsinki,<br>Hämeenlinna, Lahti    | 5 %                  | 2 %  | 4 %             |
| 2: Turku, Pori                          | 4 %                  | 9 %  | 6 %             |
| 3: Tampere, Forssa                      | 16 %                 | 14 %                                       | 15 %            |
| 4: Jyväskylä, Kouvola,<br>Kotka         | 7 %                  | 9 %  | 8 %             |
| 5: Mikkeli, Savonlinna,<br>Lappeenranta | 7 %                  | 11 %                                       | 9 %             |
| 6: Vaasa, Seinäjoki,<br>Kokkola         | 16 %                 | 18 %                                       | 17 %            |
| 7: Kuopio, Pieksämäki                   | 20 %                 | 14 %                                       | 17 %            |
| 8: Joensuu, Kajaani,<br>Ylivieska       | 14 %                 | 18 %                                       | 16 %            |
| 9: Oulu, Kemi, Rovaniemi                | 11 %                 | 4 %  | 8 %             |

## 4.4 Työtilanne

Tutkijoiden asiakirjatietojen perusteella tekemän arvion mukaan 75 prosenttia tutkimusaineistoon kuuluneista vakuutetuista oli toiminut työuransa aikana pääasiallisesti maatalousyrittäjänä.

Joka neljännellä tutkimusaineistoon kuuluneista vakuutetuista ei ollut lainkaan maatalaan liittyvää yritystoimintaa eläkkeen hakemisen aikaan. Osa oli lopettanut maatalousyrittäjätoiminnan sairauden tai muun syyn (esim. avioero) vuoksi.

Toisaalta niistä vakuutetuista, joilla oli maatalousyrittäjä, 15 prosenttia työskenteli säännöllisesti maatilan ulkopuolella muissa kuin viljelijän töissä (esim. toimistotyössä). Lisäksi 3 prosenttia työskenteli satunnaisesti maatilan ulkopuolella.

## 4.5 Tilan tuotanto ja liitännäistoiminta

MYEL-vakuutetut ilmoittavat tilan tuotantoa, tuotantoeläimiä ja liitännäistoimintaa koskevat tiedot maatalousyrittäjän selvityksen yhteydessä.

Maatalousyrittäjän selvityksen olivat täyttäneet vain ne vakuutetut, joilla oli maatalousyrittäjä eläkkeen hakemisen ajankohtana, kaikkiaan 75 henkilöä.

Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneet olivat täyttäneet maatalousyrittäjän selvityksen merkittävästi useammin kuin muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneet (84 % vs. 64 %). (Taulukko 4.4.)

*Taulukko 4.4. Maatalousyrittäjän selvityksen täyttäminen työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Maatalous-<br/>yrittäjän selvitys</b> | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--|------------------------------|--|-------------------------|
| Kyllä                                    | 84 %                         | 64 %   | 75 %                    |
| Ei                                       | 16 %                         | 36 %   | 25 %                    |

## Tilan tuotanto

Peltoa oli 93 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista. Peltoala oli keskimäärin 48.2 hehtaaria (keskihajonta 37.3, vaihteluväli 3–180). Peltoa oli 50 hehtaaria tai enemmän 40 prosentilla. (Taulukko 4.5.)

Peltoalasta heinällä oli 67 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä, keskimäärin 27.5 hehtaaria (keskihajonta 19.6, vaihteluväli 1–71). Noin puolella heistä heinällä oli alle 25 hehtaaria.

Peltoalasta viljalla oli 67 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä, keskimäärin 24.1 hehtaaria (keskihajonta 25.1, vaihteluväli 3–122). Kahdella kolmasosalla heistä viljalla oli alle 25 hehtaaria.

Metsää oli 85 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä, keskimäärin 68.6 hehtaaria (keskihajonta 72.2, vaihteluväli 1–350). Runsaalla neljänneksellä heistä metsää oli 100 hehtaaria tai enemmän. (Taulukko 4.5.)

*Taulukko 4.5. Tilan tuotanto ennen työkyvyn alenemista työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Tilan tuotanto            | Masennustila | Muu mielen-<br>terveyden häiriö | Kaikki |
|---------------------------|--------------|---------------------------------|--------|
| <b>Peltoala (n=70)</b>    |              |                                 |        |
| 1–24 ha                   | 27.3 %       | 30.8 %                          | 28.6 % |
| 25–49 ha                  | 27.3 %       | 38.5 %                          | 31.4 % |
| 50–99 ha                  | 34.1 %       | 26.9 %                          | 31.4 % |
| 100 hehtaaria tai enemmän | 11.4 %       | 3.8 %                           | 8.6 %  |
| <b>Metsää (n=64)</b>      |              |                                 |        |
| 1–24 ha                   | 28.2 %       | 20.0 %                          | 25.0 % |
| 25–49 ha                  | 25.6 %       | 44.0 %                          | 32.8 % |
| 50–99 ha                  | 15.4 %       | 12.0 %                          | 14.1 % |
| 100 hehtaaria tai enemmän | 30.8 %       | 24.0 %                          | 28.1 % |

## Tuotantoeläimet

Karjatila oli 64 prosentilla niistä vakuutetuista, jotka olivat täyttäneet maatalousyrittäjän selvityksen.

Lehmiä oli 51 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista, keskimäärin 31 lehmää (keskihajonta 22.8, vaihteluväli 7–118). (Taulukko 4.6.)

Emolehmiä oli 12 prosentilla, keskimäärin 29 (keskihajonta 23.4, vaihteluväli 5–75). Nuorta karjaa oli 57 prosentilla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä, keskimäärin 41 (keskihajonta 50.3, vaihteluväli 2–302).

Siipikarjaa oli viidellä maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneellä vakuutetulla ja hevosia tai lihasikoja yhdellä.

*Taulukko 4.6. Tilan tuotanto ennen työkyvyn alenemista työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Tilan tuotanto       | Masennustila | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö | Kaikki |
|----------------------|--------------|------------------------------------|--------|
| <b>Lehmiä (n=38)</b> |              |                                    |        |
| 1–14                 | 21 %         | 14 %                               | 18 %   |
| 15–29                | 46 %         | 57 %                               | 50 %   |
| 30–49                | 17 %         | 21 %                               | 18 %   |
| 50–                  | 17 %         | 7 %                                | 13 %   |

## Liitännäistoiminta

Maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista konetöitä oli tilan liitännäistoimintana keskimäärin 10 prosentilla ja maatilamatkailua keskimäärin 4 prosentilla.

## 4.6 Osallistuminen tilan töihin

Kaksi kolmasosaa maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista oli ennen työkyvyn alenemista osallistunut karjanhoitoon, kaksi kolmasosaa peltotöihin ja lähes 60 prosenttia metsätöihin. (Taulukko 4.7.)

Kaikkia neljää taulukossa 4.7. mainittua erilaista työtehtävää (karjanhoito, peltoviljely, metsätyöt, muu työ tilalla) oli tehnyt 12 prosenttia maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista, kolmea eri työtehtävää oli tehnyt 35 prosenttia, kahta 25 prosenttia ja yhtä 27 prosenttia.

*Taulukko 4.7. Osallistuminen tilan töihin ennen työkyvyn alenemista työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Työtehtävä      | Masennustila<br><br>n=47 | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö<br><br>n=28 | Kaikki<br><br>n=75 |
|-----------------|--------------------------|--|--------------------|
| Karjanhoito     | 62 %                     | 75 %   | 67 %               |
| Peltoviljely    | 64 %                     | 64 %   | 64 %               |
| Metsätyöt       | 57 %                     | 61 %   | 59 %               |
| Muu työ tilalla | 40 %                     | 39 %   | 40 %               |



## 4.7 Vieraan työvoiman käyttö tilalla

Kahdella kolmasosalla maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista oli eläkkeen hakemisen aikaan vierasta työvoimaa käytössä. Vieraan työvoiman järjestämistahona oli useimmiten kunnallinen sijaisapu. Kunnallista sijaisapua oli käyttänyt joka kolmas. Palkattua sijaisapua oli joka viidennellä. Molempia oli käyttänyt 16 prosenttia. (Taulukko 4.8.)

Vieraan työvoiman käyttöä oli lisätty vakuutetun työkyvyn aleneman vuoksi 59 prosentin kohdalla.

*Taulukko 4.8. Vieraan työvoiman käyttö tilalla työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=47</b>         | <b>n=28</b>                                 | <b>n=75</b>   |
| <b>Vierasta<br/>työvoimaa<br/>käytössä</b>       | 66 %                | 61 %  | 64 %          |
| <b>Vieraan<br/>työvoiman<br/>järjestämistaho</b> |                     |   |               |
| Kunnallinen<br>sijaisapu                         | 40 %                | 29 %  | 36 %          |
| Palkattu sijaisapu                               | 21 %                | 21 %  | 21 %          |
| Molemmat   | 17 %                | 14 %  | 16 %          |
| Ei tietoa  | 21 %                | 36 %  | 27 %          |

## 4.8 Puolison tai muiden yli 14 vuotiaiden työskentely tilalla

Runsalla puolella maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista puoliso työskenteli tilalla. Noin kolmanneksen osalta tilalla työskenteli myös muita yli 14-vuotiaita (esim. omat lapset). (Taulukko 4.9.)

*Taulukko 4.9. Puolison työskentely tilalla tai muiden yli 14-vuotiaiden työskentely tilalla työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=47</b>         | <b>n=28</b>                                 | <b>n=75</b>   |
| <b>Puoliso töissä tilalla</b>                    |                     |   |               |
| Kyllä  | 55 %                | 50 %  | 53 %          |
| Ei tai ei tietoa                                 | 43 %                | 36 %  | 40 %          |
| Ei puolisoa                                      | 2 %                 | 14 %  | 7 %           |
| <b>Muita yli 14-vuotiaita<br/>töissä tilalla</b> |                     |   |               |
| Kyllä  | 36 %                | 21 %  | 31 %          |
| Ei tai ei tietoa                                 | 21 %                | 36 %  | 27 %          |
| Ei yli 14-vuotiaita                              | 43 %                | 43 %  | 43 %          |

## 4.9 Tilakäynnit

Maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneistä vakuutetuista 55 prosenttia kuului työterveyshuoltoon (koko aineistosta työterveyshuoltoon kuului 46 %, ks. tarkemmin luku 4.18).

Tilakäynti oli tehty edeltäneen viiden vuoden aikana joka neljännelle maatalousyrittäjän selvityksen täyttäneelle vakuutetulle ja 44 prosentille työterveyshuoltoon kuuluvista.

## 4.10 Oireilun alkamisikä ja sairauden kesto ennen eläketapahtumaa

### Psykiatrisen oireilun alkamisikä

Vakuutettujen psyykkinen oireilu oli alkanut keskimäärin 38.3 -vuotiaana (keskihajonta 13.0, vaihteluväli 13–60).

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä psyykkisen oireilun alkaminen oli tapahtunut merkittävästi myöhemmin kuin muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä (40.9 vuotta vs. 34.6 vuotta).

## Sairauden kesto ennen eläketapahtumaa

Eläketapahtuma on eläkkeen alkamisen laukaiseva tekijä kuten eläkeiän täyttäminen, työkyvyttömyyden alkaminen tai työttömyyseläkkeen tai osa-aikaeläkkeen edellytysten täyttyminen.

Tässä tutkimuksessa *työkyvyttömyyseläketapahtumalla* tarkoitetaan kuntoutustukea tai toistaiseksi myönnettyä työkyvyttömyyseläkettä edeltäneen sairausloman alkua, joka oli kirjattu Melan asiakirjoihin.

Vakuutettujen sairauden kesto ennen työkyvyttömyyseläketapahtumaa oli heidän oman arvionsa mukaan ollut keskimäärin 7.8 vuotta (keskihajonta 12.2 vuotta, vaihteluväli 0–52 vuotta). Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä sairauden kesto oli ollut merkittävästi lyhyempi kuin muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä (5.2 vuotta vs. 10.8 vuotta).

Noin puolet vakuutetuista oli sairastanut oman arvionsa mukaan vain alle kaksi vuotta ennen eläketapahtumaa. Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä tämä päti 60 prosenttiin ja muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella siirtyneistä 40 prosenttiin. (Taulukko 4.10.)

*Taulukko 4.10. Psykiatrisen sairauden kesto työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Sairauden kesto                | Masennustila<br>n=43 | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö<br>n=37 | Kaikki<br>n=80* |
|--------------------------------|----------------------|--|-----------------|
| 0–2 vuotta                     | 61 %                 | 41 %                                       | 51 %            |
| 3–5 vuotta                     | 16 %                 | 8 %  | 13 %            |
| 6–10 vuotta                    | 2 %                  | 19 %                                       | 10 %            |
| 11 vuotta tai enemmän          | 21 %                 | 32 %                                       | 26 %            |
| Sairauden kesto<br>keskimäärin | 5.2                  | 10.8                                       | 7.8             |

\* Tieto puuttui 20 vakuutetun eläkehakemuksesta.

## 4.11 Sairaudesta aiheutuva haitta

Noin 40 prosenttia vakuutetuista arvioi eläkettä hakiessaan kykenevänsä tekemään sairaudestaan huolimatta jotain työtä. Joka neljäs arveli voivansa tehdä kotitalous- tai puutarhatöitä ja joka kymmenes pystyvänsä tekemään vähän maatilantoita. (Taulukko 4.11)

Runsas puolet vakuutetuista koki, ettei kykene enää tekemään mitään töitä. Yleisimmin vakuutetun töitä maatilalla teki joko lomittaja (24 %) tai puoliso (16 %).

Osa vakuutetuista kuvasi sairaudesta aiheutuvana haittana erilaisia masennuksen oireita, osa toi esiin ruumiillisen sairauden oireista johtuvia toimintakyvyn ongelmia. Lähes kaikki kokivat, että sairaudesta aiheutui haittaa myös arkitoimiin.

*Taulukko 4.11. Oma arvio eläkehakemuksessa sairaudesta aiheutuvasta haitasta työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| <b>Mitä työtä pystyy tekemään?</b>             |                     |   |               |
| Maatilan töitä vähän                           | 7 %                 | 14 %  | 10 %          |
| Kotitalous/puutarhatöitä                       | 27 %                | 23 %  | 25 %          |
| Jotain muuta                                   | 4 %                 | 14 %  | 8 %           |
| Ei mitään                                      | 61 %                | 50 %  | 56 %          |
| Ei tietoa                                      | 2 %                 | 0 %   | 1 %           |
| <b>Kuka maatilalla hoitaa vakuutetun työt?</b> |                     |   |               |
| Puoliso  | 18 %                | 9 %   | 14 %          |
| Lapset/omat tai puolison vanhemmat             | 7 %                 | 7 %   | 7 %           |
| Lomittaja                                      | 29 %                | 18 %  | 24 %          |
| Ulkopuolinen palkattu                          | 7 %                 | 0 %   | 4 %           |
| Joku muu                                       | 4 %                 | 7 %   | 5 %           |
| Ei kukaan                                      | 4 %                 | 2 %   | 3 %           |
| Ei tilaa tai yritystoimintaa                   | 16 %                | 36 %  | 25 %          |
| Ei työskentele kotona                          | 7 %                 | 9 %   | 8 %           |
| Ei tietoa                                      | 9 %                 | 11 %  | 10 %          |

## 4.12 Eläkelaji

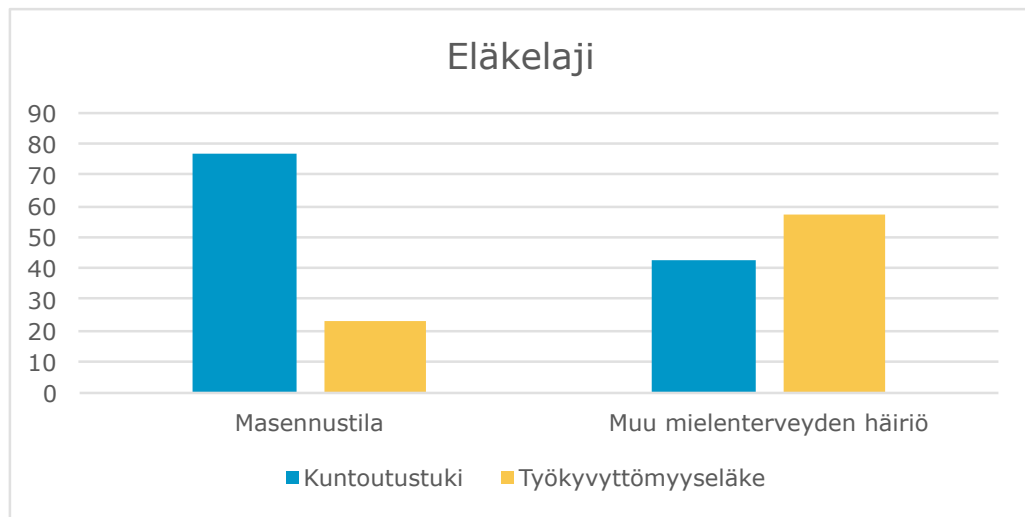
Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää toistaiseksi tai määräajaksi. Toistaiseksi myönnetty eläke tarkoittaa vanhuuseläkkeeseen asti jatkuvaa työkyvyttömyyseläkettä. Määräajaksi myönnettyä eläkettä kutsutaan kuntoutustueksi.

Kaksi kolmasosaa kaikista aineistoon kuuluvista oli siirtynyt kuntoutustuelle ja kolmasosa toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle. Osa-aikaisia etuuksia oli käytetty vähän. (Taulukko 4.12.)

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneet olivat muita useammin siirtyneet kuntoutustuelle. Heistä kuntoutustuelle (täysi tai osakuntoutustuki) oli siirtynyt kolme neljästä (77 %), kun vastaavasti muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä kuntoutustuelle (täysi tai osakuntoutustuki) oli siirtynyt vain runsas puolet vakuutetuista (57 %) (Kuva 3).

*Taulukko 4.12. Eläkelaji työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Eläkelaji                 | Masennustila<br>n=56 | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö<br>n=44 | Kaikki<br>n=100 |
|---------------------------|----------------------|--|-----------------|
| Täysi työkyvyttömyyseläke | 18 %                 | 38 %                                       | 27 %            |
| Osatyökyvyttömyyseläke    | 5 %                  | 5 %  | 5 %             |
| Kuntoutustuki             | 71 %                 | 52 %                                       | 63 %            |
| Osakuntoutustuki          | 5 %                  | 5 %  | 5 %             |



Kuva 3. Eläkelaji työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan (%).

#### 4.13 Työkyvyttömyyseläkkeen liitteenä oleva B-lausunto

Työkyvyttömyyseläkehakemuksen liitteinä olleista viimeisimmistä B-lausunnoista valtaosa oli laadittu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskuksessa oli laadittu joka kymmenes lausunto, työterveyshuollossa vain prosentti lausunnoista. (Taulukko 4.13.)

*Taulukko 4.13. B-lausunnon kirjoittaneen lääkärin toimipaikka työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Toimipaikka</b>  | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|---|------------------------------|--|-------------------------|
| Mielenterveystoimisto<br>tai psykiatrian<br>poliklinikka        | 66 %                         | 59 %   | 63 %                    |
| Psykiatrinen sairaala/<br>yleissairaalan<br>psykiatrinen osasto | 7 %                          | 9 %  | 8 %                     |
| Työterveyshuolto  | 2 %                          | 0 %  | 1 %                     |
| Terveyskeskus   | 7 %                          | 14 %   | 10 %                    |
| Muu erikoissairaanhoido   | 0 %                          | 2 %  | 1 %                     |
| Kuntoutustutkimuslaitos   | 4 %                          | 0 %  | 2 %                     |
| Yksityinen lääkäriasema   | 14 %                         | 11 %   | 13 %                    |
| Muu   | 0 %                          | 5 %  | 2 %                     |

Suurin osa (84 %) B-lausunnoista oli psykiatrien kirjoittamia. Vain kaksi prosenttia B-lausunnoista oli työterveyslääkäreiden laatimia. Kolme neljästä lausunnon kirjoittajasta oli samalla vakuutetun hoidosta vastaava lääkäri. (Taulukko 4.14.)

*Taulukko 4.14. B-lausunnon kirjoittanut lääkäri hoitavana lääkäri työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Hoitava lääkäri</b> | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|------------------------|------------------------------|--|-------------------------|
| Kyllä                  | 77 %                         | 71 %   | 74 %                    |
| Ei                     | 7 %                          | 9 %  | 8 %                     |
| Ei arvioitavissa       | 16 %                         | 20 %   | 18 %                    |

## 4.14 Pääasiallinen työkyvyttömyyden perusteena oleva mielenterveyden häiriö

Työkyvyttömyyseläkehakemuksen liitteenä olevan B-lausunnon ensimmäiseksi diagnoosiksi lääkäri kirjaa sen sairauden, joka hänen arvionsa mukaan on tärkein työkyvyttömyyteen vaikuttava sairaus.

Runsaalla puolella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vakuutetuista lääkärin laatiman B-lausunnon ensimmäisenä diagnoosina oli masennustila (F32) tai toistuva masennus (F33). Joka neljäs vakuutettu oli siirtynyt eläkkeelle jo ensimmäisen masennustilan perusteella, joka kolmas toistuvan masennuksen perusteella.

Muista mielenterveyden häiriöistä suurimmat ryhmät muodostivat psykoottiset häiriöt (F20–29) ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt (F31). Näiden kahden sairausryhmän lisäksi jokin muu mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriö oli kaikkiaan 13 prosentilla vakuutetuista. Tähän luokkaan kuului joukko keskenään hyvinkin erilaisia häiriöitä kuten ahdistuneisuushäiriöt (F41), traumaperäiset stressihäiriöt (F43.1), persoonallisuushäiriöt (F60) ja älyllinen kehitysvammaisuus (F70). (Taulukko 4.15.)

*Taulukko 4.15. Pääasiallinen työkyvyttömyyden perusteena oleva sairaus eläkehakemuksen liitteenä olevan lääkärinlausunnon mukaan.*

| <b>Työkyvyttömyyden perusteena oleva sairaus (1. diagnoosi)</b>    | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--|-------------------------|
| Masennustila (F32–33)  | 56 %                    |
| Psykoottinen häiriö (F20–F29)                                      | 18 %                    |
| Kaksisuuntainen mielialahäiriö (F31)                               | 13 %                    |
| Muu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö (F00–19, F30, F34–99) | 13 %                    |
| Yhteensä   | 100 %                   |



## 4.15 Muut samanaikaiset työkykyyn vaikuttaneet sairaudet

Tärkeimmän työkykyyn vaikuttaneen mielenterveyden häiriön (ensimmäinen diagnoosi) lisäksi lääkäri oli kirjannut kolmasosalle vakuutetuista B-lausuntoon jonkun muun työkykyä haittaavan mielenterveyden häiriön. (Taulukko 4.16.). Yksi samanaikainen työkykyyn vaikuttava mielenterveyden häiriö oli 19 prosentilla ja kaksi tai useampia 12 prosentilla vakuutetuista.

Tavallisimpia muita samanaikaisia työkykyyn vaikuttaneita sairausryhmiä olivat neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt sekä persoonallisuushäiriöt.

Ensimmäiseksi diagnoosiksi B-lausuntoon kirjatun mielenterveyden häiriön lisäksi 60 prosentille vakuutetuista lääkäri oli kirjannut myös jonkun työkykyä haittaavan somaattisen sairauden. (Taulukko 4.16.). Yksi samanaikainen somaattinen samanaikainen sairaus oli 20 prosentilla ja kaksi tai useampia 40 prosentilla.

Tavallisimpia samanaikaisia työkykyyn vaikuttaneita somaattisia sairausryhmiä olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, aineenvaihduntasairaudet ja verenkiertoelinten sairaudet. (Taulukko 4.17.)

Joka viidennellä (19 %) vakuutetulla oli samanaikaisesti sekä somaattista että psykistä monihäiriöisyyttä.

*Taulukko 4.16. B-lausuntoon ensimmäisen diagnoosin lisäksi kirjatut työkykyyn vaikuttaneet sairaudet työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Työkykyyn vaikuttanut muu sairaus</b> | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--|------------------------------|--|-------------------------|
| Muu samanaikainen mielenterveyden häiriö | 30 %                         | 32 %   | 31 %                    |
| Samanaikainen somaattinen sairaus        | 68 %                         | 50 %   | 60 %                    |

*Taulukko 4.17. B-lausuntoon ensimmäisen diagnoosin lisäksi kirjatut työkykyyn vaikuttaneet somaattiset sairaudet työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Somaattinen<br/>sairausryhmä</b>                                   | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/><br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|---|-----------------------------------|---|------------------------------|
| Umpieritys- ja<br>aineenvaihduntasairaudet<br>(E-koodit)              | 34 %                              | 18 %  | 27 %                         |
| Hermoston sairaudet<br>(G-koodit)                                     | 7 %                               | 7 %   | 7 %                          |
| Verenkiertoelinten<br>sairaudet (I-koodit)                            | 25 %                              | 14 %  | 20 %                         |
| Hengityselinten sairaudet<br>(J-koodit)                               | 21 %                              | 7 %   | 15 %                         |
| Tuki- ja liikuntaelinten<br>sekä sidekudoksen<br>sairaudet (M-koodit) | 36 %                              | 30 %  | 33 %                         |
| Vammat, myrkytykset ym.<br>(S-koodit)                                 | 7 %                               | 7 %   | 7 %                          |
| Muut  | 12 %                              | 7 %   | 10 %                         |

## 4.16 Kuormittavat elämäntapahtumat

Lähes puolella vakuutetuista oli raportoitu aikuisuudessa kuormittavia elämäntapahtumia. Merkittävää ihmissuhdekuormitusta ja mielenterveysongelmia perhepiirissä oli neljänneksellä. (Taulukko 4.18.)

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä oli muita merkittävästi useammin raportoitu kuormittavia elämäntapahtumia aikuisuudessa (57 % vs. 32 %) ja somaattista sairautta perhepiirissä (21 % vs. 0 %). Työterveyshuoltoon kuuluvilla oli muita merkittävästi useammin eläinten hoitoon liittyviä ongelmia (67 % vs. 27 %). Kuntoutustuelle siirtyneillä oli työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä merkittävästi enemmän raportoitu työhön liittyvää kuormitusta (12 % vs. 0 %).

*Taulukko 4.18. B-lausunnossa raportoidut kuormittavat elämäntapahtumat työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Kuormittava elämäntapahtuma</b>                 | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--|------------------------------|--|-------------------------|
| Lapsuus- ja nuoruusvuosina                         | 21 %                         | 16 %   | 19 %                    |
| Aikuisuudessa                                      | 57 %                         | 33 %   | 46 %                    |
| Perhepiirissä somaattista sairautta                | 21 %                         | 0 %  | 12 %                    |
| Perhepiirissä mielenterveysongelmia                | 25 %                         | 23 %   | 24 %                    |
| Perhepiirissä alkoholi- tai muuta päihdeongelmaa   | 11 %                         | 5 %  | 8 %                     |
| Merkittävää ihmissuhdekuormitusta                  | 34 %                         | 21 %   | 28 %                    |
| Merkittävää taloudellista kuormitusta              | 21 %                         | 11 %   | 17 %                    |
| Merkittävää työhön liittyvää kuormitusta           | 11 %                         | 5 %  | 8 %                     |
| Merkittävää eläinten hoitoon liittyvää kuormitusta | 18 %                         | 7 %  | 13 %                    |

## 4.17 Ongelmallinen alkoholinkäyttö ja ajankohtaiset psyykkiset oireet

### Ongelmallinen alkoholinkäyttö

Ongelmallista alkoholinkäyttöä oli raportoitu kahdeksalla prosentilla eläkkeelle siir-  
tyneistä vakuutetuista. (Taulukko 4.19.). Sitä esiintyi merkittävästi useammin niillä,  
jotka eivät kuuluneet työterveyshuollon piiriin verrattuna niihin, jotka kuuluvat työter-

veyshuoltoon (0 % vs. 15 %). Kuntoutustuelle siirtyneillä oli raportoitu merkittävästi harvemmin ongelmallista alkoholinkäyttöä kuin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä (3 % vs. 19 %).

*Taulukko 4.19. Ongelmallinen alkoholin tai muiden päihteiden käyttö työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Alkoholin tai muun<br/>päihteen käyttö</b> | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/><br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|---|-----------------------------------|---|------------------------------|
| Ongelmallinen<br>alkoholin käyttö             | 5 %                               | 11 %  | 8 %                          |
| Muiden päihteiden<br>käyttö                   | 0 %                               | 0 %   | 0 %                          |

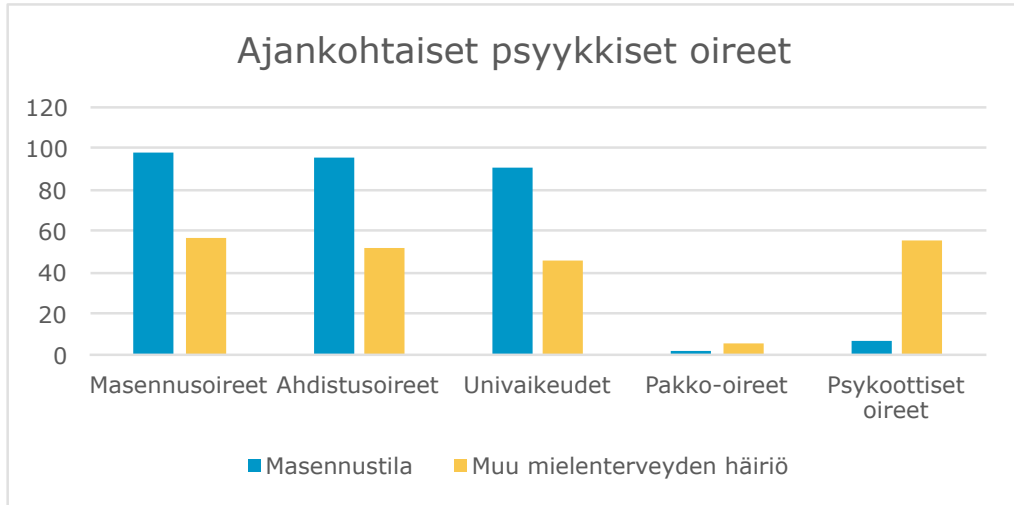
## Ajankohtaiset psyykkiset oireet

Valtaosalla vakuutetuista oli ajankohtaisia haittaavia psyykkisiä oireita, tavallisimmin masennusta, ahdistuneisuutta tai univaikeuksia.

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä oli merkittävästi muita useammin ajankohtaisia masennusoireita (98 % vs. 57 %), ahdistuneisuutta (95 % vs. 52 %) sekä univaikeuksia (91 % vs. 46 %). Muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä oli ajankohtaisia psykoottisia oireita kuten aistiharhoja tai harhaluuloja, merkittävästi useammin kuin muilla (7 % vs. 55 %). (Kuva 4).

Masennusoireita ja univaikeuksia esiintyi merkittävästi useammin työterveyshuoltoon kuuluvilla verrattuna niihin jotka eivät kuuluneet työterveyshuoltoon (91 % vs. 70 % ja 83 % vs. 61 %). Psykoottisia oireita sen sijaan oli raportoitu useammin niillä, jotka eivät kuuluneet työterveyshuoltoon (17 % vs. 37 %).

Kuntoutustuelle siirtyneillä esiintyi merkittävästi useammin masennusoireita ja ahdistuneisuutta verrattuna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneisiin (87 % vs. 66 % ja 84 % vs. 59 %).



Kuva 4. Ajankohtaiset psyykkiset oireet työkyvyttömyyden perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.

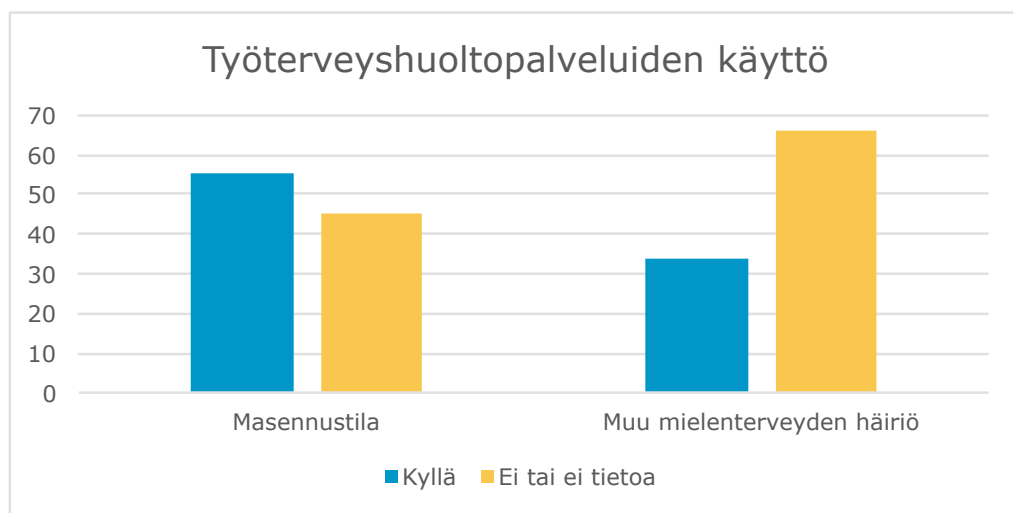
## 4.18 Työterveyshuoltopalvelut

Vajaa puolet (46 %) vakuutetuista ilmoitti eläkehakemuksessaan työterveyshuoltopalveluidensa järjestämispaikan. Yleisimmin työterveyshuolto oli eläkehakemusten perusteella järjestetty terveyskeskuksessa tai kunnallisessa liikelaitoksessa (38 %). Lähes puolet vakuutetuista (47 %) ei raportoinut lainkaan työterveyshuollon järjestämisestä. (Taulukko 4.21.)

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä oli merkittävästi muita useammin järjestettynä työterveyshuolto (55 % vs. 34 %). (Kuva 5)

*Taulukko 4.21. Työterveyshuoltopalvelujen järjestämistaho työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Työterveyshuolto-<br/>palvelujen<br/>järjestämistaho</b> | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|---|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Terveyskeskus tai<br>kunnallinen liikelaitos                | 45 %                              | 30 %   | 38 %                         |
| Yksityinen lääkärikeskus                                    | 11 %                              | 2 %  | 7 %                          |
| Joku muu  | 0 %                               | 2 %  | 1 %                          |
| Ei työterveyshuoltoa  | 27 %                              | 59 %   | 47 %                         |
| Ei tietoa, missä järjestetty                                | 18 %                              | 7 %  | 7 %                          |



*Kuva 5. Työterveyshuoltopalveluiden käyttö työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan (%).*

## 4.19 Pääasiallinen hoitopaikka mielenterveyden häiriön suhteen

Valtaosa vakuutetuista oli psyykkisen sairautensa suhteen hoidossa psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä. (Taulukko 4.22.)

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä kaksi kolmesta oli psykiatrisessa avohoidossa ja 14 prosenttia käytti yksityispsykiatrin palveluja. Muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneet olivat myös useimmiten psykiatrisen avohoidon potilaina. Heistä joka viides oli terveyskeskuksen potilaana mielenterveyden häiriön vuoksi.

*Taulukko 4.22. Pääasiallinen hoitopaikka työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Hoitopaikka</b>  | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|---|------------------------------|--|-------------------------|
| Mielenterveystoimisto tai psykiatrian poliklinikka        | 68 %                         | 55 %   | 62 %                    |
| Yksityispsykiatri   | 14 %                         | 5 %  | 10 %                    |
| Psykiatrinen sairaala/ yleissairaalan psykiatrinen osasto | 7 %                          | 11 %   | 9 %                     |
| Muu erikoissairaanhoido                                   | 0 %                          | 2 %  | 1 %                     |
| Terveyskeskus   | 9 %                          | 18 %   | 13 %                    |
| Työterveyshuolto  | 2 %                          | 2 %  | 2 %                     |
| Ei hoitoa   | 0 %                          | 2 %  | 1 %                     |
| Ei tietoa   | 0 %                          | 5 %  | 2 %                     |

## 4.20 Seurantakäynnit

Viikoittain seurantakäynneillä kävi vakuutetuista joka kolmas ja 2–3 viikon välien joka neljäs. (Taulukko 4.23.). Kuntoutustuelle siirtyneet kävivät merkittävästi useammin viikoittaisilla seurantakäynneillä verrattuna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneisiin (41 % vs. 13 %).

*Taulukko 4.23. Seurantakäyntien tiheys hoitopaikassa työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Seurantakäyntien tiheys</b> | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--------------------------------|------------------------------|--|-------------------------|
| Viikoittain                    | 36 %                         | 27 %   | 32 %                    |
| 2–3 viikon välein              | 27 %                         | 23 %   | 25 %                    |
| Kuukausittain                  | 4 %                          | 5 %  | 4 %                     |
| 2–3 kuukauden välein           | 18 %                         | 7 %  | 13 %                    |
| Harvemmin                      | 2 %                          | 20 %   | 10 %                    |
| Ei tietoa                      | 14 %                         | 19 %   | 16 %                    |

## 4.21 Psykoterapia ja muu psykoterapeuttinen hoito

Psykoterapiaksi luokiteltiin sellaiset koulutetun psykoterapeutin luona käynnit, jotka olivat toteutuneet vähintään kerran viikossa ja joita oli kaikkiaan ollut vähintään 10. Muut keskustelukäynnit luokiteltiin psykoterapeuttiseksi hoidoksi.

Nykyisen sairausjakson aikana 12 prosenttia vakuutetuista oli saanut psykoterapiaa. Työterveyshuoltoon kuuluvat olivat saaneet merkittävästi muita useammin psykoterapiaa ajankohtaisen sairausjakson aikana (20 % vs. 6 %).

Psykoterapeuttista hoitoa oli saanut spesifin psykoterapian lisäksi lähes puolet vakuutetuista. (Taulukko 4.24.)



*Taulukko 4.24. Psykoterapia ja psykoterapeuttinen hoito työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|--|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                | <b>n=100</b>  |
| <b>Nykyisen sairaus-<br/>jakson aikana</b> |                     |  |               |
| Psykoterapia                               | 16 %                | 7 %  | 12 %          |
| Psykoterapeuttinen<br>hoito                | 54 %                | 39 %                                       | 47 %          |
| <b>Aiemmin</b>                             |                     |  |               |
| Psykoterapia                               | 9 %                 | 11 %                                       | 10 %          |
| Aiempi psyko-<br>terapeuttinen hoito       | 32 %                | 25 %                                       | 29 %          |

## 4.22 Lääkehoito ja sähköhoito

Psykenlääkkeitä mielenterveyden häiriön hoitona oli saanut valtaosa vastaajista. (Taulukko 4.25.). Kuntoutustuelle siirtyneillä raportoitiin merkittävästi useammin lääkehoitoa verrattuna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneisiin (97 % vs. 81 %). Sähköhoidon saaminen oli hyvin harvinaista; vain prosentille oli annettu sähköhoitoa.

*Taulukko 4.25. Lääkehoito työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Lääkehoito</b>           | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|-----------------------------|---------------------|---|---------------|
|                             | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| Ajankohtainen<br>lääkehoito | 96 %                | 86 %  | 92 %          |
| Aikaisempi lääkehoito       | 98 %                | 84 %  | 92 %          |

## 4.23 Psykiatriset sairaalahoitojaksot

Psykiatrisia sairaalahoitojaksoja (päiväsairaalahoito mukaan lukien) oli ollut joka kolmannella vakuutetulla nykyisen sairausjakson aikana. (Taulukko 4.26.)

Keskimäärin vakuutetuilla oli ollut psykiatrisia sairaalahoitojaksoja nykyisen sairausjakson aikana 0.8 (keskihajonta 1.4, vaihteluväli 0–6). Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä sairaalahoitojaksoja oli ollut merkittävästi vähemmän kuin muiden mielen-terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä (0.3 vs. 1.4).

*Taulukko 4.26. Psykiatriset sairaalahoitojaksot työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Psykiatriset<br/>sairaalahoidot</b>         | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/><br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|--|-----------------------------------|---|------------------------------|
| Sairaalahoito nykyisen<br>sairausjakson aikana | 21 %                              | 48 %  | 33 %                         |
| Sairaalahoito<br>vakuutetun elinaikana         | 14 %                              | 43 %  | 27 %                         |

## 4.24 Saatu muu hoito

Sairaalahoidossa somaattisen sairauden tai mielenterveyden häiriön vuoksi oli eläkehakemuksen mukaan ollut yli 40 prosenttia vakuutetuista kahden edeltäneen vuoden aikana. (Taulukko 4.27.)

Fysioterapiaa raportoi eläkehakemuksessa saaneensa joka viides vakuutetuista. (Taulukko 4.28). Työterveyshuoltoon kuuluvat olivat käyttäneet enemmän fysioterapiaa kahden edeltäneen vuoden aikana verrattuna niihin, jotka eivät kuuluneet työterveyshuoltoon (33 % vs. 7 %).

*Taulukko 4.27. Hoidossaolo kahden edeltäneen vuoden aikana työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Hoitopaikka</b>   | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| Sairaala   | 36 %                | 48 %  | 41 %          |
| Kuntoutuslaitos  | 16 %                | 7 %   | 12 %          |
| Muu hoitopaikka<br>(mm. terveyskeskus,<br>yksityislääkärin vastaan-<br>otto, perheneuvola) | 27 %                | 11 %  | 20 %          |

*Taulukko 4.28. Hoito kahden viime vuoden aikana työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Hoitomuoto</b>  | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| Fysioterapia   | 25 %                | 11 %  | 19 %          |
| Leikkaushoito  | 14 %                | 7 %   | 11 %          |
| Muu hoitomuoto<br>(esim. toimintaterapia,<br>kipupotilaiden ryhmä) | 10 %                | 11 %  | 11 %          |

## 4.25 Ammatillinen ja muu kuntoutus

### Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi

Ammatillisen kuntoutuksen tarvetta oli B-lausuntojen perusteella arvioitu 13 prosentilla vakuutetuista siten, että se oli myös johtanut ammatilliseen kuntoutukseen.

Lisäksi kahdella kolmannekselle ammatillisen kuntoutuksen tarvetta oli arvioitu mutta suunnitelmaa ei joko pidetty ajankohtaisena (34 %) tai sille ei esimerkiksi iän perusteella katsottu olevan edellytyksiä (32 %). Joka viidennen kohdalla ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointia ei ollut lainkaan raportoitu B-lausunnossa.

Arviointi oli tehty muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneiden kohdalla merkittävästi useammin kuin masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä (91 % vs. 70 %). (Taulukko 4.29.)

*Taulukko 4.29. Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi</b>       | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|--|------------------------------|--|-------------------------|
| Arviointi tehty ja johtanut ammatilliseen kuntoutukseen  | 12 %                         | 14 %   | 13 %                    |
| Arviointi tehty mutta suunnitelma ei ole ajankohtainen   | 32 %                         | 36 %   | 34 %                    |
| Arviointi tehty mutta kuntoutukselle ei ole edellytyksiä | 25 %                         | 41 %   | 32 %                    |
| Arviointia ei ole tehty                                  | 30 %                         | 9 %  | 21 %                    |

## Ammatillinen tai muu työkykyä tukeva kuntoutus

Viidennes vakuutetuista oli B-lausuntoihin tehtyjen kirjausten perusteella saanut jotain ammatillista tai muuta työ- ja toimintakykyä tukevaa kuntoutusta. (Taulukko 4.30.). Yleisimmät raportoidut kuntoutusmuodot olivat kuntoutuskurssit (12 %) ja kuntoutustutkimukset (8 %). (Taulukko 4.31.). Tähän kategoriaan on kirjattu ammatillisen kuntoutuksen lisäksi myös kuntoutuskurssit, joiden sisältöä tai toteuttamistapaa ei ole asiakirjoissa tarkemmin määritelty. Kyseessä ovat voineet olla esimerkiksi Kelan ammatillisesti syvennetyt lääkinnälliset ja harkinnanvaraiset ASLAK-kuntoutuskurssit tai sairausryhmäkohtaiset kurssit masentuneille.

B-lausunnossa raportoitu työ- ja toimintakykyä tukeva kuntoutus ei tarkoita sitä, että henkilölle olisi tehty Melassa ammatillisen kuntoutuksen myöntö.

*Taulukko 4.30. Ammatillinen tai muu työ- ja toimintakykyä tukeva kuntoutus työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriön mukaan.*

| <b>Raportoitu kuntoutus</b>                                 | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/>n=100</b> |
|---|------------------------------|--|-------------------------|
| Ammatillinen tai muu työ- ja toimintakykyä tukeva kuntoutus | 18 %                         | 21 %   | 19 %                    |

*Taulukko 4.31. Ammatillisen ja muun työ- ja toimintakykyä tukevan kuntoutuksen muodot työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Kuntoutusmuodot</b> | <b>Masennustila<br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki*<br/>n=100</b> |
|------------------------|------------------------------|--|--------------------------|
| Elinkeinotuki          | 2 %                          | 0 %  | 1 %                      |
| Koulutus               | 2 %                          | 5 %  | 3 %                      |
| Työkokeilu             | 0 %                          | 7 %  | 3 %                      |
| Työhönvalmennus        | 2 %                          | 2 %  | 2 %                      |
| Tyk-toiminta           | 4 %                          | 0 %  | 2 %                      |
| Kuntoutustutkimus      | 5 %                          | 11 %   | 8 %                      |
| Kuntoutuskurssi        | 18 %                         | 5 %  | 12 %                     |

\*Sama henkilö on voinut saada useaa eri kuntoutusmuotoa.

## Muu kuntoutus

Laitoskuntoutukseen somaattisen sairauden vuoksi oli osallistunut viisi prosenttia vakuutetuista. Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä 9 prosenttia ja muista ei kukaan. Kuntoremonttikurssille tai päihdekuntoutukseen oli osallistunut vain harva. (Taulukko 4.32.)

*Taulukko 4.32. Muu kuntoutus työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Kuntoutus</b>                                   | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| Kuntoremontti                                      | 2 %                 | 0 %   | 1 %           |
| Laitoskuntoutus<br>somaattisen sairauden<br>vuoksi | 9 %                 | 0 %   | 5 %           |
| Päihdekuntoutus                                    | 4 %                 | 2 %   | 3 %           |

## 4.26 Hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen

Lääkehoitoa oli suunniteltu tehostettavaksi runsaalla neljänneksellä vakuutetuista. Vuorovaikutuksellisen hoidon tehostamista oli puolestaan suunniteltu vajaalla viidenneksellä. Kuntoutuspsykoterapian hakeminen oli suunnitelmissa kolmella prosentilla vakuutetuista. (Taulukko 4.33.)

Lääkehoidon tehostamista oli suunniteltu merkittävästi useammin kuntoutustuelle siirtyneillä verrattuna työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneisiin (37 % vs. 9 %).

*Taulukko 4.33. Hoidon ja kuntoutuksen tehostamissuunnitelma työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Hoidon ja<br/>kuntoutuksen<br/>tehostaminen</b> | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--|---------------------|---|---------------|
|  | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| Lääkehoidon<br>muuttaminen                         | 29 %                | 27 %  | 28 %          |
| Vuorovaikutuksellisen<br>hoidon tehostaminen       | 20 %                | 14 %  | 17 %          |
| Kuntoutuspsykoterapian<br>hakeminen (Kela)         | 2 %                 | 5 %   | 3 %           |

## 4.27 Psykologin ja toimintaterapeutin tutkimukset

Psykologin tai neuropsykologin tutkimus oli tehty joka neljännelle vakuutetuista. Masennustilan perusteella eläkkeelle siirtyneistä jompikumpi tutkimuksista oli tehty 13 prosentille ja muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä joka kolmannelle. (Taulukko 4.34.)

Neuropsykologin tutkimuksia oli tehty merkittävästi useammin muiden mielenterveyden häiriöiden kuin masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneille (2 % vs. 11 %). Myös psykologin tutkimuksia oli tehty muiden mielenterveyden häiriöiden vuoksi eläkkeelle siirtyneille useammin joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkittävä (11 % vs. 25 %). Psykologin ja neuropsykologin tutkimuksia oli tehty useammin toistaiseksi myönnetyille eläkkeelle siirtyneille kuin kuntoutustuelle siirtyneille (12% vs. 28% ja 2 % vs. 16 %).

Toimintaterapeutin tutkimus oli tehty ainoastaan kolmelle prosentille vakuutetuista.

*Taulukko 4.34. Tutkimukset työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| Tutkimus                       | Masennustila<br>n=56 | Muu mielen-<br>terveyden<br>häiriö<br>n=44 | Kaikki<br>n=100 |
|--------------------------------|----------------------|--|-----------------|
| Psykologin tutkimus            | 11 %                 | 25 %                                       | 17 %            |
| Neuropsykologin<br>tutkimus    | 2 %                  | 11 %                                       | 6 %             |
| Toimintaterapeutin<br>tutkimus | 4 %                  | 2 %  | 3 %             |

## 4.28 Lomitus ja muut tukimuodot

### Lomituspalvelut

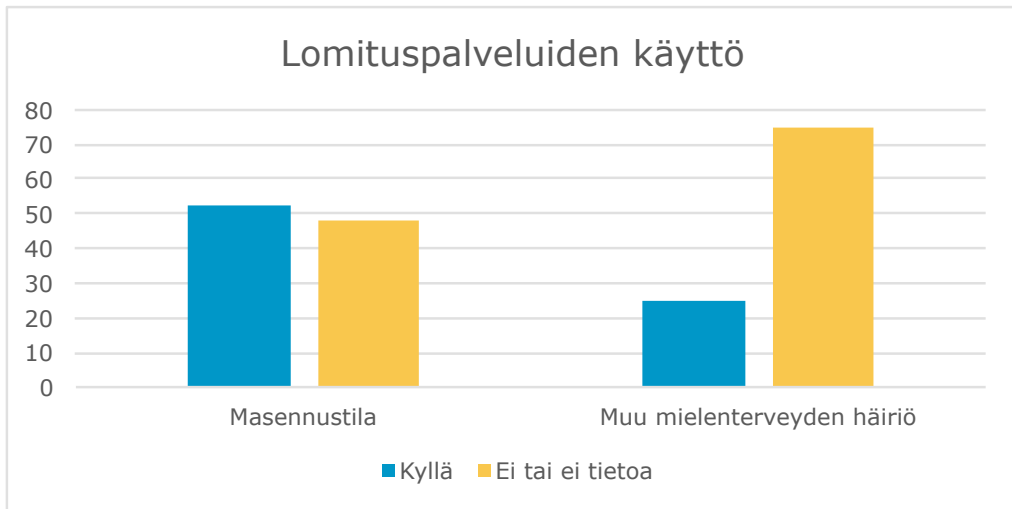
Hoidon ja kuntoutuksen lisäksi vakuutetut olivat saaneet muita tukimuotoja, joista yleisimpänä olivat lomituspalvelut. Niitä oli käyttänyt 40 prosenttia kaikista vakuutetuista.

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneet olivat käyttäneet lomituspalveluita merkittävästi useammin kuin muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneet (52 % vs. 25,0 %). (Kuva 6).

Työterveyshuoltoon kuuluvat olivat käyttäneet merkittävästi muita useammin lomituspalveluita (65 % vs. 19 %). Kuntoutustuelle siirtyneet olivat käyttäneet merkittävästi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä useammin lomituspalveluita (49 % vs. 22 %).

## Muut tukimuodot

ProAgrian neuvontapalveluiden käyttö oli molemmissa ryhmissä vähäistä. Maaseudun tukihenkilöverkkoa tai mielialanhallintaryhmiä (ns. depressiokoulut) ei raportoitu käytetyn vakuutetun tukena lainkaan. (Taulukko 4.35.)



Kuva 6. Lomituspalveluiden käyttö työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan (%).



*Taulukko 4.35. Muiden tukimuotojen käyttö työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Tukimuoto</b>               | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|--------------------------------|---------------------|---|---------------|
|                                | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| ProAgrian<br>neuvontapalvelut  | 4 %                 | 2 %   | 3 %           |
| Maaseudun<br>tukihenkilöverkko | 0 %                 | 0 %   | 0 %           |
| Mielialanhallintaryhmät        | 0 %                 | 0 %   | 0 %           |
| Jokin muu                      | 7 %                 | 7 %   | 7 %           |

## 4.29 Työhön paluun mahdollisuudet

Työhön paluun mahdollisuuksia oli eläkehakemusten perusteella selvitetty kolmella neljästä vakuutetusta. Useimmiten selvittely oli tapahtunut lausunnon antaneen lääkärin toimesta. Laajemmat tutkimukset oli tehty noin viidennekselle. (Taulukko 4.36.)

Noin puolella vakuutetuista työhön paluun mahdollisuuden oli selvitetty jossain psykiatrian toimipisteessä (psykiatrisessa avohoidossa, päiväsairaalassa tai psykiatrisessa sairaalassa). Yleisimmin mahdollisuuksia oli selvitetty psykiatrisessa avohoidossa. Työterveyshuollossa selvityksiä oli tehty vain joka kymmenennelle.

*Taulukko 4.36. Työhön paluun mahdollisuuksien selvittely työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

|   | <b>Masennustila</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö</b> | <b>Kaikki</b> |
|---|---------------------|---|---------------|
|   | <b>n=56</b>         | <b>n=44</b>                                 | <b>n=100</b>  |
| <b>Selvittelytaho</b>                         |                     |   |               |
| Lausunnon antanut lääkäri                     | 54 %                | 62 %  | 57 %          |
| Laajemmat tutkimukset                         | 20 %                | 18 %  | 19 %          |
| Ei selvitetty                                 | 25 %                | 18 %  | 22 %          |
| Ei tietoa                                     | 2 %                 | 2 %   | 2 %           |
| <b>Selvittelypaikka</b>                       |                     |   |               |
| Työterveyshuolto                              | 13 %                | 7 %   | 10 %          |
| Psykiatrinen avohoito                         | 39 %                | 50 %  | 44 %          |
| Päiväsairaala                                 | 4 %                 | 0 %   | 2 %           |
| Psykiatrinen sairaala                         | 2 %                 | 7 %   | 4 %           |
| Kuntoutustutkimuspl                           | 5 %                 | 7 %   | 6 %           |
| Kuntoutuslaitos                               | 9 %                 | 11 %  | 10 %          |
| Muu paikka (esim. terveyskeskus, TE-toimisto) | 14 %                | 18 %  | 16 %          |

## Oma arvio työhön paluun mahdollisuuksista

Vakuutetuista joka neljäs arvioi eläkettä hakiessaan voivansa palata työhön joko täysipäiväisesti tai osa-aikaisesti. Toinen neljännes ei pystynyt arvioimaan työhön paluun mahdollisuuksiaan muun muassa siitä syystä, että hoito oli vielä kesken. Yli 40 prosenttia ei pitänyt työhön paluuta lainkaan mahdollisena. (Taulukko 4.37.)

Kuntoutustuelle siirtyneet pitivät työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä useammin työhön paluuta mahdollisena (32 % vs. 9 %).

*Taulukko 4.37. Arvio työhön paluun mahdollisuuksista työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Oma arvio<br/>työhön paluun<br/>mahdollisuudesta</b> | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|---|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Täysipäiväisesti mahdollista                            | 20 %                              | 18 %   | 19 %                         |
| Osa-aikaisesti mahdollista                              | 7 %                               | 5 %  | 6 %                          |
| Ei osaa arvioida  | 25 %                              | 20 %   | 23 %                         |
| Ei lainkaan mahdollista                                 | 41 %                              | 48 %   | 44 %                         |
| Ei tietoa   | 7 %                               | 9 %  | 8 %                          |

## Oma arvio työhön paluun tukikeinoista

Vajaa viidennes arvioi eläkettä hakiessaan työhön paluun tukemisen olevan omalla kohdallaan jollain tavalla mahdollista; masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä 18 prosenttia, muista 16 prosenttia.

Konkreettisten tukikeinojen nimeäminen oli kuitenkin vähäistä. Yleisimmin mahdolliseksi tukikeinoiksi mainittiin työjärjestelyt mutta nekin mainitsi ainoastaan kahdeksan prosenttia vakuutetuista. (Taulukko 4.38.)

*Taulukko 4.38. Oma arvio työhön paluun tukikeinoista työkyvyttömyyseläkkeen perusteena olevan mielenterveyden häiriöryhmän mukaan.*

| <b>Oma arvio työhön<br/>paluun tukikeinoista</b> | <b>Masennustila<br/><br/>n=56</b> | <b>Muu mielen-<br/>terveyden<br/>häiriö<br/>n=44</b> | <b>Kaikki<br/><br/>n=100</b> |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Työjärjestelyt                                   | 11 %                              | 5 %  | 8 %                          |
| Koulutus   | 5 %                               | 0 %  | 3 %                          |
| Tuotantos suunnan muutos                         | 4 %                               | 2 %  | 3 %                          |
| Osaeläke   | 0 %                               | 7 %  | 3 %                          |
| Hoidon tehostaminen                              | 0 %                               | 5 %  | 2 %                          |

## 5 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tutkimuksessa selvitettiin asiakirjatietoihin perustuen tietoja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle Melasta siirtyneiden maatalousyrittäjien sairaushistoriasta, työ- ja elämäntilanteesta ja niihin liittyneistä kuoromitustekijöistä, lääketieteellisistä tutkimuksista, terveydenhuoltopalveluiden käytöstä, saadusta hoidosta ja kuntoutuksesta sekä muista tukimuodoista.

Asiakirja-aineistoon valittiin kaikki MYEL-vakuutetut, joille oli alkanut Melassa uusi työkyvyttömyyseläke mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön päädiagnoosilla ajalla 1.3.2011–29.2.2012 (F-diagnoosi, ICD-10). Kaikkiaan aineistoon kuului 101 henkilöä, joista yhden asiakirjatietoja ei ollut käytettävissä.

Tarkastelu tehtiin pääasiallisesti kahdessa mielenterveyden häiriön ryhmässä: masennustilan tai toistuvan masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneiden ryhmässä ja muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneiden ryhmässä. Jälkimmäiseen ryhmään kuului joukko keskenään hyvinkin erilaisia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä. Suurimpina ryhminä siihen kuuluivat psykoottiset häiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Muita tähän ryhmään kuuluvia häiriöitä olivat muun muassa ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja älyllinen kehitysvammaisuus.

Tarkasteluja tehtiin mielenterveyden häiriöryhmän lisäksi myös työterveyshuollon palveluiden käytön tai eläkelajin (kuntoutustuelle tai toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet) mukaan jaoteltuna.

### 5.1 Keskeiset tulokset

Aineistoon kuuluneista mielenterveysperusteiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vakuutetuista runsas puolet oli miehiä. Keski-ikänsä he olivat 51-vuotiaita. Valta-osa oli suorittanut perus- tai keskiasteen koulutuksen, korkea-asteen koulutus oli joka viidennellä.

#### **MYEL-vakuutettujen työhistoria ja työtilanteet vaihtelevia**

MYEL-vakuutetut olivat moninainen ryhmä. Joka neljännellä ei ollut maatalousyritystä eläkkeen hakemisen aikaan. Osa vakuutetuista oli lopettanut yritystoiminnan ennen eläkkeen hakemista mutta osalla ei maatilaa ollut ollut aiemminkaan. Toisaalta niistä, joilla oli maatila eläkkeen hakemisen aikaan, lähes 15 prosenttia työskenteli säännöllisesti maatilan ulkopuolella.



Vakuutetuista, joilla oli maatalousyritys, peltoa oli 93 prosentilla. Peltoala oli keskimäärin 48 hehtaaria. Yli 100 hehtaaria peltoa oli yhdeksällä prosentilla viljelijöistä. Metsää oli kaikkiaan 85 prosentilla vakuutetuista, joilla oli maatalousyritys, ja heillä sitä oli keskimäärin 69 hehtaaria. Karjatila oli kahdella kolmesta vakuutetusta, jolla oli maatalousyritys.

Yli 60 prosentilla vakuutetuista, joilla oli maatila, oli vierasta työvoimaa käytössä ja sitä oli lisätty vakuutetun työkyvyn aleneman vuoksi.

Tilakäynti oli maatalousyrittäjän selvityksen perusteella tehty edeltäneen viiden vuoden aikana 44 prosentille työterveyshuoltoon kuuluneista maatalousyrittäjistä.

## **Työkyvyttömyyden taustalla monenlaisia mielenterveyden häiriöitä**

Kaksi kolmasosaa kaikista aineistoon kuuluneista vakuutetuista oli siirtynyt määrääkäselle kuntoutustuelle ja yksi kolmasosa toistaiseksi myönnetylle työkyvyttömyyseläkkeelle. Osa-aikaisia työkyvyttömyysetuuksia oli käytetty vähän.

Yli puolessa tapauksista tärkein eläkkeen perusteena oleva sairaus oli masennustila. Joka neljäs vakuutettu oli siirtynyt eläkkeelle jo ensimmäisen sairastetun masennustilan jälkeen. Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneistä valtaosa (lähes 80 prosenttia) oli siirtynyt määrääkäselle kuntoutustuelle, muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä runsas puolet.

Muiden mielenterveyden häiriöiden ryhmä koostui syiltään, kulultaan ja ennusteeltaan hyvinkin erilaisista häiriöryhmistä. Osalla työkyvyttömyyden perusteena oli jo nuorella iällä alkanut psykoottinen häiriö kuten skitsofrenia. Osalla oli syntymästä saakka ilmennyt kehitysvamma. Joukossa oli toisaalta myös kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, ahdistuneisuushäiriöistä tai traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsiviä.

## **Psyykkinen ja somaattinen monihäiriöisyys yleistä**

Mielenterveyden häiriön lisäksi somaattista monihäiriöisyyttä eli samanaikaisia merkittävästi työkykyyn vaikuttaneita somaattisia sairauksia oli 60 prosentilla vakuutetuista. Tavallisimpia somaattisia oheissairauksia olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja aineenvaihduntasairaudet, kuten diabetes.

Joka kolmannella vakuutetulla esiintyi psyykkistä monihäiriöisyyttä eli heillä oli eläkkeen perusteeksi kirjatun mielenterveyden häiriön lisäksi joku toinenkin työkykyyn vaikuttava psyykkinen sairaus.

Joka viidennellä vakuutetulla oli sekä somaattista että psyykkistä monihäiriöisyyttä.

## **Taustalla kuormittavia elämäntapahtumia**

Lähes puolella vakuutetuista oli raportoitu aikuisuudessa kuormittavia elämäntapahtumia. Merkittävää ihmissuhdekuormitusta ja mielenterveysongelmia perhepiirissä oli neljänneksellä. Merkittävää taloudellista kuormitusta oli vajaalla viidenneksellä. Eläinten hoitoon liittyvää kuormitusta ilmeni runsaalla 10 prosentilla.

Ongelmallista alkoholin käyttöä oli eläkkeelle siirtyneillä vakuutetuilla raportoitu vain harvoin. Ajankohtaisia psyykkisiä oireita kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta tai univaikeuksia oli valtaosalla.

## **Valtaosalla hoitosuhde psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa**

Valtaosa vakuutetuista oli ollut hoidossa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Yksityispsykiatrin palveluja oli käyttänyt joka kymmenes. Kaksi kolmesta oli käynyt vähintään kolmen viikon välein seurantakäynneillä hoitopaikassaan. Lääkehoitoa oli saanut yli 90 prosenttia.

Psykoterapiaa oli saanut 12 prosenttia vakuutetuista. Psykoterapiaksi luokiteltiin koulutetun psykoterapeutin luona käynnit, jotka olivat toteutuneet vähintään kerran viikossa ja joita oli ollut vähintään 10. Muut keskustelukäynnit luokiteltiin psykoterapeuttiseksi hoidoksi ja niitä oli ollut lähes puolella.

## **Ammatillista kuntoutusta saanut vain harva**

Ammatillinen kuntoutus oli raportoinnin perusteella vähäistä. Kuntoutustarvetta oli arvioitu runsaalla kymmenellä prosentilla siten, että se oli johtanut ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteisiin. Lisäksi kahdella kolmasosalla oli ammatillisen kuntoutuksen tarvetta arvioitu mutta sen ei joko katsottu olevan ajankohtaista tai sille ei arvioitu muuten olevan edellytyksiä.

Ammatillista kuntoutusta tai muuta työ- ja toimintakykyä tukevaa kuntoutusta oli saanut noin viidennes vakuutetuista. Tavallisimmin kyse oli ollut kuntoutuskursseille osallistumisesta. Työeläkekuntoutuksen käyttö oli ollut vähäistä.

## **Työterveyshuollon rooli työkyvyn tukemisessa vähäinen**

Vajaalla puolella oli asiakirjojen perusteella käytössään työterveyshuollon palvelut. Yleisimmin työterveyshuolto oli järjestetty terveyskeskuksessa tai kunnallisessa liikelaitoksessa.



Työterveyshuollossa työhön paluun mahdollisuuksia oli selvitetty vain joka kymmenennen vakuutetun osalta. Työterveyslääkäri oli kirjoittanut työkyvyttömyyseläkkeen liitteenä olleen viimeisimmän B-lausunnon vain harvalle. Suurin osa lääkärien työkyvyttömyyseläkehakemuksen liitteeksi laatimista B-lausunnoista oli psykiatrien tekemiä.

Mainintoja työterveysneuvotteluista tai muista työterveyshuollon yhteistyökäytännöistä ei lääkärinlausunnoista tai muistakaan eläkehakemuksen liitteinä olleista asiakirjoista juuri löytynyt.

## **Lomitus merkittävin tukimuoto**

Merkittävin vakuutettujen saama tukimuoto oli lomituspalvelu, jota oli käyttänyt 40 prosenttia mielenterveysperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä.

Muita tukimuotoja kuten maaseudun tukihenkilöverkkoa tai mielialanhallintaryhmiä (ns. depressiokoulut) ei oltu raportoitu käytetyn lainkaan.

## **Monilla työkykyä jäljellä ja halu palata työhön**

Noin 40 prosenttia kaikista eläkkeelle siirtyneistä vakuutetuista arvioi eläkettä hakiesaan kykenevänsä tekemään sairaudestaan huolimatta työtä jossain määrin. Työhön paluun mahdollisuuksia oli selvitetty useimmiten hoitavan lääkärin toimesta psykiatrisessa avohoidossa.

Vakuutetuista joka neljäs arvioi eläkettä hakiessaan voivansa palata työhön joko täysipäiväisesti tai osa-aikaisesti. Vajaa viidennes arvioi työhön paluun tukemisen olevan kohdallaan mahdollista mutta sopivien tukikeinojen nimeäminen oli vähäistä.

## **Häiriöryhmien välillä eroja**

Tarkastelu nosti esille mielenterveyden häiriöryhmien välillä eroja muun muassa eläkkeelle siirtyneiden taustoissa sekä terveyspalveluiden käytössä.

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä merkittävästi suurempi osa oli avio- tai avoliitossa verrattuna muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneisiin. Heillä oli myös muita useammin eläkkeen hakemisen aikaan maatalousyrittäjätoimintaa.

Psyykkinen oireilu oli masennustilan perusteella eläkkeelle siirtyneillä alkanut keskimäärin vanhempana kuin muilla. Heidän psyykkisen sairautensa kesto ennen eläketapahtumaa oli ollut lyhyempi, keskimäärin 5 vuotta, kun muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä se oli ollut keskimäärin 11 vuotta.



Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä oli muita merkittävästi useammin raportoitu kuormittavia elämäntapahtumia aikuisuudessa ja somaattista sairautta perhepiirissä. Kaksi kolmasosaa heistä oli siirtynyt määräaikaiselle kuntoutustuelle. Muiden mielen- terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä oli ollut masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneitä useammin psykiatrisia sairaalajaksoja ja he olivat siirtyneet use- ammin toistaiseksi myönnetylle eläkkeelle.

Eläkkeen hakemisen aikoihin masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä esiintyi muita useammin ajankohtaisia masennusoireita, ahdistuneisuutta ja univaikeuksia kun taas muiden mielen-terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneillä esiintyi useammin psykoottisia oireita kuten harhaluuloja tai aistiharhoja. Yli puolella muiden mielen-terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä esiintyi eläkkeen hake- misen aikaan psykoottisia oireita.

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneet olivat käyttäneet muiden mielen-terveyden häiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneitä useammin työterveyshuollon palveluja ja lomituspalveluita.

## **Eroja työterveyshuollon palvelujen käytön perusteella**

Työterveyshuollon piirissä olevilla oli raportoitu masentuneisuutta ja univaikeuksia muita useammin, alkoholin käyttöä ja psykoottisia oireita sen sijaan muita vähemmän. Heillä oli esiintynyt muita useammin kuormitustekijänä eläinten hoitoon liittyviä ongelmia.

Työterveyshuollon piirissä olevat olivat käyttäneet muita useammin psykoterapiaa ja fysioterapiaa, samoin tukimuotona lomituspalveluja.

## **Eroja eläkelajin perusteella**

Masennusoireita ja ahdistuneisuutta kuntoutustuelle siirtyneillä oli raportoitu muita useammin, alkoholin käyttöä ja psykoottisia oireita vähemmän. Kuntoutustuelle siir- tyneet olivat käyneet muita useammin seurantakäynneillä mielen-terveyden häiriönsä vuoksi. Heillä oli myös muita useammin käytössään lääkehoito ja sen tehostamista myös suunniteltiin muita useammin.

Kuntoutustuelle siirtyneet olivat käyttäneet muita useammin lomituspalveluja.

Kuntoutustuelle siirtyneet arvioivat toistaiseksi myönnetylle eläkkeelle siirtyneitä useam- min työhön paluun voivan kohdallaan olevan mahdollista. Työhön liittyvää kuormitusta heillä oli esiintynyt muita useammin.



## 5.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimusaineisto käsitteli vuosina 2011–2012 mielenterveysperusteiselle eläkkeelle Melassa siirtyneitä MYEL-vakuutettuja. Vuodesta 2000 vuoteen 2011 noin joka viides maatala lopetti Suomessa toimintansa (Tike 2012).

Maatalousyrittäjien mielenterveysperusteinen eläkealkavuus on muihin ammattiryhmiin verrattuna keskimääräistä pienempää ja se on vähentynyt 2000-luvulla huolimatta siitä, että työn kokeminen henkisesti rasittavaksi on lisääntynyt (Kivekäs ja Ahola 2013). Tärkein viljelijöiden työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä on tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Pensola ym. 2010).

Mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneistä MYEL-vakuutetuista koostunut tutkimusaineisto oli sekä työtilanteen että eläkkeen perusteena olleiden mielenterveyden häiriöiden suhteen monimuotoinen ryhmä ja heijasteli työtilanteen ja työhistorian suhteen niitä muutoksia, joita suomalaisessa maataloudessa ja yrittäjyydessä on viime vuosina tapahtunut.

### Työtilanne

Pääosin viljelijänä oli työuransa tehnyt kolme neljästä eläkkeelle siirtyneestä. Eläkettä hakiessaan osa oli lopettanut maatilan toiminnan – mahdollisesti jo vuosia aiemmin – ja osa oli siirtynyt ennen eläkkeen hakemista muihin töihin. Toisaalta osa eläkettä hakevista maatalousyrittäjistä työskenteli pääosin tilan ulkopuolella, osa taas oli esimerkiksi avioeron myötä siirtynyt pois tilalta tai jäänyt sinne yksin.

Peltoalaltaan tilakoot olivat tässä tutkimuksessa suurempia kuin vastaavana ajankohtana Suomessa keskimäärin. Tutkimusaineistossa keskimääräinen peltoala oli 48 hehtaaria, kun vuonna 2011 keskimääräinen peltoala Suomessa oli 37 hehtaaria ja vuonna 2012 vastaavasti 39 hehtaaria. Suuria, yli 100 hehtaarin tiloja oli tässä aineistossa vähän.

Kaikki tämänhetkiset työelämässä ja maataloudessa ilmenevät muutokset eivät välttämättä ole vielä heijastuneet mielenterveyssyistä eläköitymiseen (esim. tilakoon kasvun merkitys tulevaisuudessa, suurentunut taloudellinen vastuu, epävarmuus). Eläkkeelle siirtyminen on yleensä pitkän prosessin seuraus; tässäkin tutkimuksessa keskimääräinen aika sairauden alusta eläketapahtumaan oli kahdeksan vuotta.

## Sairaushistoria

Sairaushistorialtaan eläkkeelle siirtyneet vakuutetut jakautuivat pääosin kahteen ryhmään.

Toisen ryhmän muodostivat masennustilan vuoksi eläkkeelle siirtyneet, joiden sairaushistoria oli ennen eläketapahtumaa ollut keskimäärin muita lyhyempi ja jotka olivat muita useammin käyttäneet työterveyshuollon palveluja ja lomitusta ja siirtyneet määräaikaistulle kuntoutustuelle. Heidän tilanteessaan oli kaiken kaikkiaan enemmän sellaisia tekijöitä, jotka aiemmissa tutkimuksissa on yhdistetty parempiin työkyvyn tukemisen ja työhön paluun mahdollisuuksiin (Gould ym. 2007, Gould ym. 2011, Pensola ym. 2010).

Toinen ryhmä oli monimuotoinen ja siihen kuului mm. kehitysvammaisia tai muista nuorella iällä alkavista pitkäkestoisista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsiviä henkilöitä, joista moni oli vakavasta sairaudesta ja sen aiheuttamasta toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta kyennyt tekemään kotitilallaan lähiomaisten tukemana pitkän työuran – mitä ilmeisemmin osatyökykyisenä – ennen eläkkeen hakemista. On varsin todennäköistä, että osa heistä ei olisi työllistynyt kotitilansa ulkopuolelle palkkatyöhön osittain jäljellä olevasta työkyvystään huolimatta vaan olisi saattanut päätyä työkyvyttömyyseläkkeelle jo vuosia aiemmin.

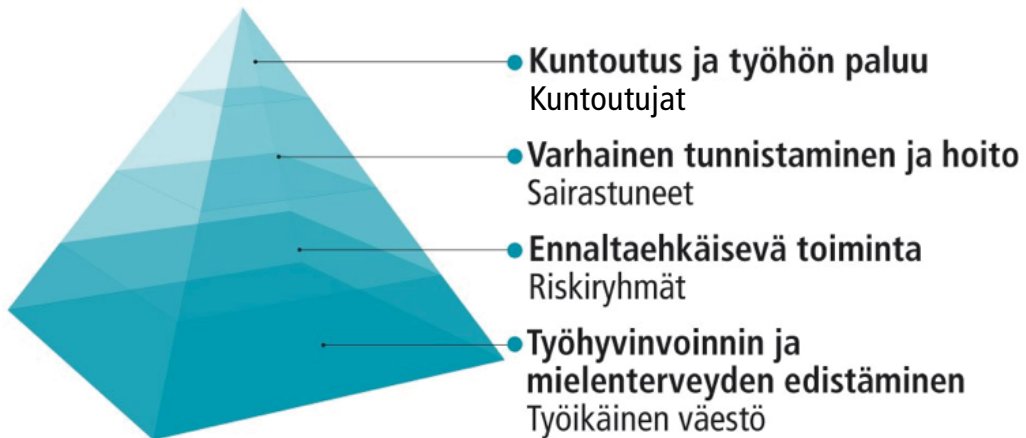
Jälkimmäiseen ryhmään kuului myös ahdistuneisuushäiriöistä tai traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsiviä henkilöitä, joiden sairastumisen taustatekijät, sairauden kulku ja ennuste poikkeavat hyvin paljon esimerkiksi kehitysvammaisten tai muuten pitkäkestoisesti osatyökykyisten henkilöiden tilanteesta.

Tämän tutkimuksen perusteella mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneillä maatalousyrittäjillä esiintyy paljon myös psyykkistä ja somaattista oheissairastavuutta. Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä maatalousyrittäjistä lähes 70 prosentilla oli samanaikaisesti vähintään yksi merkittävä työkykyyn vaikuttava somaattinen sairaus, useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairaus. Määrä on suurempi kuin vastaavassa koko suomalaista väestöä koskeneessa tutkimuksessa (Honkonen ym. 2007a), mikä selittyy maatalousyrittäjien työn vaatimuksilla.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja mielenterveyden häiriöiden on aikaisempien tutkimusten perusteella todettu yhdessä esiintyessään monikertaistavan työkyvyttömyyseläkkeen riskin (Kaila-Kangas ym. 2014). Tämä korostaa sitä, että mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäisyssä on kiinnitettävä huomiota maatalousyrittäjän kokonais-tilanteeseen ja siihen liittyen myös somaattisiin sairauksiin ja niiden asianmukaiseen hoitoon (Ervasti ym. 2014).

## Työkyvyttömyyden ehkäisy ja vähentäminen

Tärkeitä keinoja mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi ovat mielenterveyttä ja työhyvinvointia edistävät työelämän käytännöt, masennusta ja muita mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä toiminta sekä työssä jatkamista ja työhön paluuta tukeva hyvä hoito ja kuntoutus (Kuva 7).



*Kuva 7. Keinoja mielenterveyden häiriöistä aiheutuvan työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi kohderyhmittäin (mukaellen STM 2011).*

### *Työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen*

Mielenterveyden edistämistä on mikä tahansa toiminta, joka vahvistaa ihmisten hyvinvointia. Pääosin tällainen toiminta tapahtuu yhteiskunnan eri sektoreilla kuten kouluissa, työpaikoilla, harrastuksissa ja asuinympäristöissä - siis aivan muualla kuin terveydenhuollossa. Ihmisten mielenterveyteen vaikuttaa keskeisesti myös yhteiskunnallinen päätöksenteko esimerkiksi elinkeino-, koulutus-, työllisyys- ja perusturvasioissa (Honkonen 2010).

Yhteisöllisyys ja osallisuuden vahvistaminen ovat tärkeitä mielenterveyttä edistäviä keinoja. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön helpottavat hallitsemaan työtilannetta ja säätelemään itseen kohdistuvaa kuormitusta. Tupakoimattomuus, liiallisen alkoholin käytön välttäminen, monipuolisesta ravinnosta sekä riittävästä liikunnasta ja unesta huolehtiminen ovat hyviä mielenterveyttä edistäviä yksilötason keinoja ja auttavat myös maatalousyrittäjien työhyvinvointia jatkuvissa muutospaineissa.

Maatalousyrittäjyys vaatii monenlaista osaamista. Osaamisen perustana ovat peruskoulutuksen lisäksi ammatilliset tiedot ja taidot. Niiden jatkuva päivittäminen on tärkeää koska uusia osaamisen alueita syntyy jatkuvasti myös maatalousalalla.

Maatilalla työskentelevät henkilöt muodostavat työyhteisön, johon voi kuulua yrittäjän lisäksi omat vanhemmat tai appivanhemmat, lapsia ja palkattua työvoimaa. Tilakoon kasvaessa ja työmäärän lisääntyessä avuksi voidaan tarvita myös muita työntekijöitä.

Työn sitovuus ja liika työmäärä voivat heikentää maatalousyrittäjän voimavaroja. Laajennusta suunnittelevan tilan tai toimintaansa jo laajentaneen tilan kohdalla korostuu työmäärän vaikutus voimavaroihin ja terveyteen. On tärkeää sovittaa työ ja työmenetelmät yrittäjän ominaisuuksia, tarpeita ja terveydentilaa vastaavaksi esim. sijaisapua käyttämällä.

Työhyvinvoinnin tukemiseksi tarvitaan palautumista ja lepoa, jonka mahdollistaa toimiva lomituspalvelujärjestelmä. Lomituspalvelut olivat tässä tutkimuksessa merkittävin käytetty tukimuoto. Lomituspalveluiden kehittämiseksi on huolehdittava lomittajien ammattitaidosta ja saatavuudesta.

ProAgria tarjoaa palveluja tilan toiminnan suunnitteluun, seurantaan ja kehittämiseen mutta tässä tutkimuksessa sitä oli raportoitu käytetyn vain harvoin. Voimavarariihi on ProAgrian maksullinen palvelu, joka voi auttaa sukupolvenvaihdestilanteissa tai muissa muutostilanteissa, joissa maatalousyrittäjä joutuu esimerkiksi tekemään päätöksiä suurista investoinneista.

### *Riskiryhmiin kohdistuva ehkäisevä toiminta*

Tutkimustiedon perusteella masennusta ja muita mielenterveyden häiriöitä ehkäisevä toiminta kannattaa suunnata riskiryhmiin. Riskiryhmät voidaan määritellä perustuen biologisiin, psykologisiin tai sosiaalisiin riskitekijöihin, joiden tiedetään liittyvän tietyn mielenterveyden häiriön puhkeamiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi masennustilojen osalta erilaiset kuormittavat ja kielteiset elämänmuutokset, menetykset, somaattiset pitkäaikaissairaudet, alkoholin riskikäyttö tai pitkittynyt työkuormitus (Melartin ja Isometsä 2009, Honkonen 2010).

Mielenterveysperusteiselle eläkkeelle siirtyneillä oli esiintynyt monenlaisia kuormitustekijöitä elämässään. Ihmissuhdekuormitus ja perhepiirissä esiintyneet mielenterveysongelmat olivat yleisiä, ongelmat näyttivät kasautuvan. Alkoholin haitallista käyttöä ja siihen liittyviä ongelmia raportoitiin tässä tutkimusaineistossa vähän.



Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä monella esiintyi somaattisia sairauksia perhepiirissä (esim. puolison tai lapsen vakava sairastuminen) sekä taloudellista kuormitusta, jotka aiheuttivat epävarmuutta työtilanteeseen ja tilan toimintaan ja veivät arjen voimavaroja. Eläinten hoitoon liittyvää kuormitusta oli heistä joka viidennellä.

Mela on julkaissut *Varhaisen välittämisen mallin maatalousyrittäjille*. Malli on tarkoitettu tukemaan maatalousyrittäjiä työssä selviytymisessä ja auttamaan tilan toimintaa uhkaavissa ongelmissa. Sen tavoitteena on, että läheisten ja ystävien lisäksi tilan yhteistyökumppanit osaisivat havaita ongelmat ajoissa ja ottaa ne rohkeasti puheeksi. Mallin mukaisessa keskustelussa sovitaan maatalousyrittäjän kanssa mahdollisista tarvittavista toimenpiteistä avun saamiseksi ja seurannasta. Tietoa varhaisen välittämisen mallista on tarpeen edelleen levittää ja sen käyttöönottoa lisätä.

Maaseudun tukihenkilöverkon koulutetut tukihenkilöt auttavat erilaisissa kuormittavissa elämäntilanteissa. He ovat vapaaehtoistyöntekijöitä, joita sitoo vaitiolovelvollisuus. Tässä tutkimuksessa maaseudun tukihenkilöverkon tukea ei raportoitu käytetyn lainkaan. On mahdollista, että koska monilla eläkkeelle siirtyneillä maatalousyrittäjillä oli taustallaan pitkäaikaisia ja kasautuneita ongelmia, heidän kohdallaan maaseudun tukihenkilöverkon tarjoama matalan kynnyksen apu ei enää olisi ollut riittävää. Tämän kaltaista apua kannattaakin hakea jo varhaisessa vaiheessa. Tiedon levittämistä myös maaseudun tukihenkilöverkosta ([www.tukihenkilo.fi](http://www.tukihenkilo.fi)) ja sen toiminnasta on tarpeen jatkaa.

Taloudelliseen tilanteeseen liittyvissä kuormittavissa elämäntilanteissa – jotka voivat kytkeytyä esimerkiksi puolison vakavaan sairastumiseen tai avioerotilanteeseen – tarvitaan psyykkisen tuen lisäksi usein myös hyvin konkreettista tilan toiminnan suunnitteluun liittyvää neuvontaa, jota voi saada esimerkiksi ProAgrian Voimavarariihipalvelun kautta.

Työterveyshuollon palveluiden käyttö ennalta ehkäisee terveysvaaroja ja tukee työssä jaksamista tilakäyntien, terveystarkastusten sekä neuvonnan ja ohjauksen avulla. Työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimiva yhteistyö luo edellytykset myös somaattisten sairauksien – esim. maatalousyrittäjien työkyvyttömyyden taustalla tässä tutkimuksessa usein oheissairautena esiintyneiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien, diabeteksen tai verenkiertoelintensairauksien – asianmukaiselle hoidolle. Somaattisten sairauksien hyvä hoito voi osaltaan ehkäistä myös mielenterveysongelmien kehittymistä (Kroenke ym. 2011, Rotella ja Mannucci 2013, Chauvet-Gelinier ym. 2013).

### *Tehokas hoito ja työkyvyn tuki*

Tässä tutkimuksessa valtaosa vakuutetuista oli ennen eläkkeelle siirtymistä ollut mielenterveyden häiriön vuoksi säännöllisen psykiatrisen hoidon piirissä. Tämä on johdonmukaista, koska eläkkeen hakijoilla on aina toimintakykyyn merkittävästi vaikuttava sairaus ja aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että psykiatrasta hoitoa haetaan lähinnä vaikeimpiin, toimintakyvyttömyyttä aiheuttaviin sairauksiin (Hämäläinen ym. 2004, WHO 2004). Maaseudun pitkät etäisyydetkään eivät näyttäisi vaikuttaneen hoitoon hakeutumiseen.

Hoidon sisällön ja laadun suhteen tämän tutkimuksen pohjalta ei ole mahdollista tehdä erityisiä johtopäätöksiä. Lähes kaikilla oli ollut lääkehoitoa ja spesifiä psykoterapiaa oli saanut 12 prosenttia vakuutetuista. On huomattava, että kaikissa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä psykoterapia ei ole Käypä hoito -suosituksen mukainen vaihtoehto ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)).

Masennusperusteiselle eläkkeelle siirtyneistä 16 prosenttia oli tässä tutkimuksessa saanut spesifiä, vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa. Osuus on hiukan suurempi kuin vastaavissa aiemmissa, koko väestöä koskeneissa suomalaistutkimuksissa, joissa psykoterapiaa oli saanut 9–11 prosenttia eläkkeelle siirtyneistä (Isometsä ym. 2000, Honkonen ym. 2007a). Tämä on jonkin verran yllättävää, koska spesifi psykoterapia edellyttää vähintään kerran viikossa tapahtuvia psykoterapiakäyntejä. Maaseudun pitkät etäisyydet tai psykoterapeuttien ja psykoterapiapalvelujen suuret alueelliset erot eivät näytä vaikuttaneen eläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien psykoterapian käyttöön (Honkonen ja Vuorilehto 2011, Valkonen ym. 2011).

Valtaosa eläkehakemusten liitteenä olleista lääkärinlausunnoista oli psykiatrien laatimia eikä niissä ollut juuri mainintoja viljelijän työstä tai työoloista tai näihin liittyneistä tukitoimista.

Työterveyshuoltoon kuului alle puolet vakuutetuista; kuitenkin suurempi osuus kuin maatalousyrittäjistä keskimäärin. Tilakäyntejä, jotka ovat maatalousyrittäjien työterveyshuollon perusta, oli raportoitu tehdyn 44 prosentille. On toki mahdollista, että kaikki viljelijät eivät eläkehakemuksessaan muistaneet vuosia aiemmin tehtyä tilakäyntiä.

Työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi varhaisen ja tehokkaan hoidon ohella tärkeitä keinoja ovat työntekijän selviytymiskeinojen vahvistaminen ja työkuormituksen sopeuttaminen työntekijän voimavaroihin työtä ja työoloja muokkaamalla. Työkykyä tukevien toimenpiteiden tarvetta ja mahdollisuuksia niihin pohditaan palkansaajien osalta nykyisin usein *työterveysneuvotteluissa*, joihin osallistuvat työntekijä, hänen esimiehensä ja työterveyshuollon edustaja. Vastaavanlainen menettely voisi tukea maatalousyrittäjien

työolojen kehittämistä ja työssä jaksamista. Erikseen pitäisi pohtia, miten tällainen verkostoneuvottelu kutsuttaisiin koolle ja ketkä siihen osallistuisivat. Työterveyshuolto olisi luonteva toiminnan koordinoija.

Työterveyshuollon kattavuus ei tässä mielenterveysperusteiselle eläkkeelle siirtyneitä koskeneessa aineistossa ollut suuri ja sitä pitäisi lisätä, jotta edellytykset työterveyshuollon koordinaatoroolille työkyvyn tukitoimissa vahvistuisivat.

Työterveyshuollon toiminnassa asiakaslähtöisyyttä tulee hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti myös edelleen kehittää (Länsimies-Antikainen ym. 2011).

### *Kuntoutus ja työhön paluun tuki*

Masennukseen ja muihin mielenterveyden häiriöihin liittyy lähes aina jonkinasteista psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä. Monipuolisen hoidon ja suunnitelmallisen kuntoutuksen avulla voidaan vähentää mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa.

Masennuksesta toipuvan toimintakyky palautuu usein oireiden häviämistä hitaammin. Toipilasaika pitäisikin tarvittaessa huomioida työnkuvassa. Työjärjestelyjen, erilaisten muiden työhön paluun tukitoimien ja kuntoutuksen avulla voidaan edistää masennustoipilaan työssä jatkamista ja työhön palaamista (Tuisku ja Rossi 2010, Kaila ym. 2012).

Hiljattain tehdyssä eläkkeen hakijoita koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että työterveyshuollon aktiivisuudella oli merkittävä vaikutus työhön paluuseen (Gould ym. 2014). Työterveyshuollon rooli mielenterveysperusteiselle eläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työhön paluun tukikeinojen suunnittelussa oli tämän tutkimuksen perusteella jäänyt vähäiseksi. Työhön paluun mahdollisuuksia oli selvitetty lähinnä hoitavan psykiatrin toimesta osana hoitoprosessia mutta kuntoutus ja muut työhön paluun tukitoimet olivat jääneet konkretisoitumatta.

Tämän tutkimuksen aineisto koski vuosia 2011–2012, jonka jälkeen tehdyillä lakimuutoksilla on pyritty lisäämään työterveyshuollon roolia pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisemisessä (Tarvainen ym. 2013). On epäselvää, missä määrin tämä palkansaajia koskeva ns. 90 päivän sääntö (HE 75/2011) ja uusittu valtioneuvoston asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä (708/2013) ovat vaikuttaneet työterveyshuollon toimintatapoihin myös yrittäjien ja maatalousyrittäjien kohdalla.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että varsin suuri joukko (40 prosenttia) vakuutetuista oli kirjannut eläkettä hakiessaan voivansa ajatella tekevänsä työtä jossain määrin. Ammatillisen kuntoutuksen tarvetta oli arvioitu erikoissairaanhoidossa osana hoito-

prosessia, mutta useimmiten lääkärinlausunnoissa näytettiin päätyneen siihen, ettei ammatillinen kuntoutus ollut hoidon keskeneräisyyden vuoksi vielä ajankohtaista. Tästä syystä myöskään konkreettista kuntoutussuunnitelmaa ei oltu tehty, vaikka tuloksellisen kuntoutuksen kannalta on tärkeää, että hoito ja kuntoutus toteutuvat limittäin, eivät peräkkäin.

Työeläkekuntoutuksen keinoista työkokeilu ja koulutus on aiemmissa tutkimuksissa todettu toimiviksi keinoksi mielialahäiriöistä kärsivien työhön paluun tukemisessa (Kiveäs ym. 2008). Työeläkekuntoutuksen edellytyksenä on sairaudesta johtuva työkyvyttömyyden uhka ja että uhkaan voidaan vaikuttaa tai se voidaan poistaa kokonaan.

Työeläkekuntoutuksen aloitteet palkansaajapuolella tulevat pääsääntöisesti työterveyshuollosta. Käytetyin työeläkekuntoutuksen keino on työkokeilu omassa työssä pitkän sairauspoissaolon jälkeen. Tällöin yleensä työaika ja työtehtäviä räätälöidään kuntoutujan voimavarojen mukaisesti. Tämä mahdollistaa työhön paluun asteittain, tehtäviä ja työaika suunnitelmallisesti lisäten.

Työkokeilua voidaan käyttää työhön paluun tukemisessa jo sairauspäivärahakauden aikana, jolloin työhön paluun edellytykset ovat yleensä paremmat kuin silloin, jos työstä poissaolo pitkittyy (Blank ym, 2008).

MYEL-kuntoutuksessa ei ole käytetty omassa työssä tapahtuvaa työkokeilua masennuksen tai muiden mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauslomalla olleiden maatalousyrittäjien työhön paluun tukemisessa. Haasteena on, miten työjärjestelyjä voidaan toteuttaa maatalousyrittäjän työssä ja miten esimerkiksi lomituspalveluja voitaisiin tässä yhteydessä hyödyntää. Tämän nykyistä varhaisemman kuntoutustoiminnan edellytyksenä olisi työterveyshuollon aktiivinen ja aloitteellinen rooli ja yhteistyö myös erikoissairaanhoidon kanssa.

Osa-aikaisia työkyvyttömyysetuuksia oli tutkimusaineistossa käytetty vähän. Jos työeläkekuntoutus ei ole mahdollista, voitaisiin myös osakuntoutustuen ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden käyttöä lisätä mielenterveyden häiriöistä kärsivien maatalousyrittäjien osittaisen työkyvyn hyödyntämisessä. Näin pystytään vähentämään työstä aiheutuvaa kuormittumista. Myös tämän suunnittelu edellyttää työterveyshuollon aktiivisuutta.

## Lopuksi

Tutkimus koski vuosina 2011 ja 2012 työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä siirtyneitä maatalousyrittäjiä. Se perustui Melan asiakirjatietoihin, jotka liittyivät työkyvyttömyyseläkkeen hakemiseen.



Asiakirjatiedoissa on voinut olla mm. hoidon, kuntoutuksen ja muiden tukitoimien osalta puutteita, mikä pitää huomioida tutkimustulosten tulkinnassa. On mahdollista, että esimerkiksi kaikkia terveydenhuoltopalveluiden käyttöön tai kuntoutukseen liittyneitä toimenpiteitä ei oltu asiakirjoissa mainittu, vaikka ne olisivat toteutuneetkin asianmukaisesti.

*Keinoja maatalousyrittäjien mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi*

Maatalousyrittäjien pitkittyvän mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi tarvitaan mielenterveyttä edistäviä ja ennaltaehkäiseviä keinoja mutta myös asianmukaista psyykkisten ja somaattisten sairauksien hoitoa sekä kuntoutusta. Maatilalla esiintyviin ongelmiin on syytä puuttua jo varhaisessa vaiheessa.

Keinoja, joilla tunnistetaan ajoissa maatalousyrittäjien hyvinvointia ja työkykyä uhkaavia tekijöitä ja joilla mielenterveysongelmista kärsiviä maatalousyrittäjiä ja heidän maatilansa työhyvinvointia voitaisiin ajoissa tukea ovat tämän ja aiempien tutkimusten tulosten mukaan mm. seuraavat:

- Asiakkaan tarpeista lähtevät *työterveyshuoltopalvelut* ja työhyvinvointia tukevat *lomituspalvelut*, jotka mahdollistavat maatalousyrittäjän riittävän palautumisen ja varhaisen tuen saamisen. Näiden palvelujen kattavuutta on lisättävä ja sisältöä kehitettävä.
- Pitkittyvien ja kasautuvien ongelmien ehkäisemiseksi voidaan hyödyntää maatalousyrittäjille laadittua *varhaisen välittämisen toimintamallia*. Malli tukee maatalousyrittäjien työssä selviytymistä ja mahdollistaa avun saamisen ajoissa tilan toimintaa uhkaavissa ongelmissa.
- Varhaista tukea ongelmatilanteissa on saatavilla paitsi työterveyshuollon myös *maaseudun tukihenkilöverkon* ja *ProAgrian* kautta.
- *Työterveyshuollon koordinaatoroolia* maatalousyrittäjien työkyvyn tukemisessa on vahvistettava. On myös huolehdittava *Käypä hoito -suositusten mukaisen* psyykkisten ja somaattisten *sairauksien hoidon ja kuntoutuksen* toteutumisesta. Nämä edellyttävät toimivien yhteistyökäytäntöjen luomista työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kuntoutuksen ja lomituspalvelujen kesken.
- *Työeläkekuntoutuksen* – erityisesti omassa työssä tapahtuvan työkokeilun – käyttöä on tarpeen kehittää mielenterveyssyistä sairauslomalla olleiden maatalousyrittäjien *työhön paluun* tukemiseksi. Tämän onnistuminen edellyttää työterveyshuollon aktiivista roolia kuntoutuksen ja työhön paluun suunnittelussa sekä lomituspalvelujen sisällön kehittämistä.



- *Osakuntoutustuen ja osatyökyvyttömyyseläkkeiden* käyttöä on myös tarpeen lisätä ja siten mahdollistaa pitkäaikaisesti osatyökykyisten maatalousyrittäjien työelämässä jatkaminen. Osa-aikaisten etuuksien käytön lisääminen edellyttää työterveyshuollon nykyistä aktiivisempaa roolia maatalousyrittäjien työkyvyn ja työhön paluun tukemiseksi.
- *Toimivat lomituspalvelut ja sijaisavun* saanti ovat edellytyksenä mielenterveyden häiriön vuoksi osittain työkykyisten maatalousyrittäjien työssä jatkamisen ja työhön paluun tukikeinojen toteutumiselle. Lomituspalveluiden kehittämiseksi on huolehdittava lomittajien ammattitaidosta ja saatavuudesta.

## 6 KIRJALLISUUTTA

Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, ym. Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2011; 134: 365–372.

Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, MacDonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 2008; 1: 27–34.

Chauvet-Gelinier JC, Trojak B, Verges-Patois B, Cottin Y, Bonin B. Review on depression and coronary heart disease. *Arch Cardiovasc Dis* 2013; 106:103–110.

Cornelius LR, van der Klink JJL, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: A systematic review. *J Occup Rehabil* 2011; 2: 259–274.

Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, ym. The role of psychiatric, cardiometabolic, and musculoskeletal comorbidity in the recurrence of depression-related work disability. *Depress Anxiety* 2014;31(9): 796–803.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K (Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta). Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007: 1. Helsinki 2007.

Gould R, Lampi J, Nyman H. Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011: 3. Helsinki 2011.

Gould R, Laaksonen M, Kivekäs J, ym. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. Eläketurvakeskuksen raportteja 2014: 6. Helsinki 2014.

Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term recovery and return-to work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomized controlled trial. *OEM* 2013; 70: 252–260.

Holma I, Holma KM, Melartin T, ym. A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 325–334.

Honkonen T. Työ ja mielenterveys. Kirjassa: Työstä terveyttä, 1 painos s. 70–86. Toim. KP Martimo, M Antti-Poika, J Uitti. Duodecim, Helsinki 2010.

Honkonen T, Gould R. Masennusperusteisen työkyvyttömyyden määrä on taittunut. Suom Lääkäril 2011; 66: 3296–3297.

Honkonen T, Vuorilehto M. Masennuksen lyhytpsykoterapia - vähän käytetty mahdollisuus julkisessa terveydenhuollossa. Suom Lääkäril 2011; 12; 1013–1017.

Honkonen TI, Aro TA, Isometsä ET, Virtanen EM, Katila HO. Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples With a 10-year Interval in Finland. J Clin Psychiatry 2007a; 68: 1886–1893.

Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, ym. Employment status, mental disorders and service use in the working-age population Scand J Work Environ Health 2007b;1: 29–36.

Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, ym. Use of health services for major depressive episode in Finland. J Affect Disord 2004; 79: 105–112.

Isometsä E, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. Am J Psychiatry 2000; 157: 1869–1872.

Kaila E, Väisänen A, Leino T, ym. ToMaHok – Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa. Tietoa työstä. Työterveyslaitos, Helsinki 2012.

Kaila-Kangas L, Kääriä S, Heliövaara M, Leino-Arjas P. Common mental and musculoskeletal disorders as predictors of disability retirement among Finns. J Affect Dis 2014; 165: 38–44.

Kessler RC. The costs of depression. Psychiatr Clin North Am. 2012; 35(1): 1–14.

Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychol Med 1997; 27 (4): 861–873.

Kinnunen B, Mäittälä J, Pulkkinen-Närhi P, Siitonen T, Taattola K, Weman M. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö maatalousyrittäjän työterveyshuollossa. Työterveyslaitos, Helsinki 2007.

Kivekäs J, Gould R, Pellinen M. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. Suom Lääkäril 2008; 63(35): 2815–2819.

Kivekäs T. Osatyökykyiset mielenterveyskuntoutujat avoimille työmarkkinoille. Erikoislääkäri 2013; 2:39–43.

Kivekäs T, Ahola K. Psyykinen hyvinvointi ja mielenterveys. Kirjassa: Työ ja terveys Suomessa 2012, s. 106–112. Työterveyslaitos, Helsinki 2013.

Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S ym. Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 509–517.

Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain* 2011; 12(9): 964–973.

Laaksonen M, Hakulinen H, Michelsen T, Uitti J. Asiakaslähtöisyys työterveyshuollossa. Kirjassa: Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (toim J Uitti), s 76–80. Työterveyslaitos, Helsinki 2014.

Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli W. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *J Occup Health Psychology* 2012; 17: 220–234.

Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, ym. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 275–292.

Länsimies-Antikainen H, Kontio P, Mäittälä J. HAASTE-hanke. Maatalousyrittäjien työterveyshuollon sisällön ja kattavuuden kehittäminen. Loppuraportti 2009–2011. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 88. Työterveyslaitos, Helsinki 2011.

Maa- ja metsätalousministeriön tietopalvelukeskus (TIKE). Maatilatilastollinen vuosikirja 2012. Suomen virallinen tilasto. Helsinki 2012.

Maa- ja metsätalousministeriön tietopalvelukeskus (TIKE). Maatilatilastollinen vuosikirja 2013. Suomen virallinen tilasto. Helsinki 2013.

Manninen P, Heliövaara M, Riihimäki H, Mäkelä P (1997). Does psychological distress predict disability? *Int J Epidemiol* 26(5): 1063–1070.

Melartin T. Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Publications of the National Public Health Institute; A20. Helsinki 2004.

Melartin T, Isometsä E. Miksi ihminen masentuu? *Duodecim* 2009; 125: 1771–1779.

Miettunen J, Lauronen E, Veijola J ym. Sociodemographic and clinical predictors of occupational status in schizophrenic psychoses – follow-up within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Psychiatry Res* 2007; 150: 217–225.

Niemi J, Ahlsted J (toim.). Suomen maatalous ja maaseutuelinkeinot 2013. Maa- ja elintarviketalouden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2013:114. Helsinki 2013.

Pensola T, Gould R. Ammatit ja masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009: 7. Helsinki 2009.

Pensola T, Gould R, Polvinen A. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16. Helsinki 2010.

Riihimäki KA, Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsä ET. Five-year outcome of major depressive disorder in primary health care. *Psychol Med* 2011 Nov 16:1–11. [Epub ahead of print]

Roberts RE, Lee ES (1993). Occupation and the prevalence of major depression, alcohol, and drug abuse in the United States. *Environ Research* 61: 266–278.

Roelen CA, Norder G, Koopmans W, ym. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil* 2012; 22: 409–417.

Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Prac* 2013;99:98–104.

Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Sokero TP, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 206–213.

Sanne B, Mykletun A, Moen BE, Dahl AA, Tell GS (2004). Farmers are at risk for anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *Occup Med (Lond)* 54(2): 92–100.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011: 15. Helsinki 2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Maatalousyrittäjien työhyvinvointia ja työurien pidentämistä kartoittaneen työryhmän raportti. STM013:00/2012. Helsinki 2013a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Osatyökykyiset työssä ohjelma: Osatyökykyisten työllistymistä edistävien säädösmuutostarpeiden ja palvelujen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013: 37. Helsinki 2013b.

Suominen K, Kronqvist K, Karjalainen K, ym. Johtaako masennuksen huono hoito eläkkeelle? *Suom Lääkäril* 2013; 4: 232–236.

Tarvainen K, Kaarne T, Kivekäs J, Räsänen K. Kokemuksia erikoisalojen yhteistyön edistämisestä työkyvyn tueksi. Työterveyslääkäri 2013; 31 (2): 12–15.

Tuisku K, Rossi H. Masennuksen ehkäisy ja hoito - työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Työterveyslaitos 2010. Helsinki 2010.

Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 2011: 74. Kela, Helsinki 2011.

Valtioneuvoston kanslia (VNK). Työurat pidemmiksi – työeläkejärjestelmän kehittämisvaihtoehtojen tarkastelua. Työurien pidentämistä selvittävän työryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2011:4. Helsinki 2011.

WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291: 2581–2590.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, ym. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–679.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, ym. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2163–2196.

Työterveyslaitoksen ja Maatalousyrittäjien eläkelaitoksen (Mela) yhteishankkeen tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveyden häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden maatalousyrittäjien työkyvyttömyyteen liittyviä taustatekijöitä ja suunnitella keinoja, joilla tunnistettaisiin ajoissa mielenterveysongelmista kärsivien maatalousyrittäjien hyvinvointia ja työkykyä uhkaavia tekijöitä ja joilla yrittäjiä ja heidän maatilansa työhyvinvointia voitaisiin ajoissa tukea.

Raportissa kuvataan Melan asiakirjatietoihin perustuvia tutkimustuloksia ja niiden pohjalta esitettyjä kehittämistarpeita maatalousyrittäjien mielenterveysperusteisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi.

## **TYÖTERVEYSLAITOS**

Arbetshälsoinstitutet

Finnish Institute of Occupational Health

Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

**[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)**

ISBN 978-952-261-436-0 (PDF)



**Työterveyslaitos**



**Mela**